

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Per 1 anno 30\$000. Per 2 annos 60\$000

Vol. XXXI

Março de 1936

N. 3

Raiva (*)

Dr. Eduardo Vaz

Diretor do Instituto Pinheiros.

Prezados companheiros rotarianos: Agradeço o convite que me foi feito para falar nesta reunião sobre assunto da minha classificação no ROTARY CLUB DE SÃO PAULO — sôros e vacinas. Parece-me interessante focalizar o problema da raiva.

A raiva do homem apresenta um quadro triste — primeiro, melancolia, depois excitação, com crises espasmodicas do faringe. A deglutição é muito penível e traz o desespero da fome e da sede, num organismo superexcitado pela doença, mas plenamente consciente. Explicam-se as crises de alucinação, os acessos de furia. São poucos dias; a morte sobrevém.

O homem doente da infecção rabica é menos perigoso que qualquer outro animal raivoso; a sua saliva é pouco ou raras vezes infectante.

Se os animais ficam com horror á agua, é por não poderem beber, embora sequiosos; as contraturas faringianas se opõem á passagem dos liquidos; a presença da agua provoca desespero. O cão, o maior transmissor da raiva, se torna triste e depois furioso. Latido rouco, baba a escorrer pela boca, na forma furiosa sae o animal pelas ruas, mordendo o que encontra. Na forma paralitica, a morte chega sem nenhuma crise de excitação. O gato perde a sua pacatez; a agressividade nele é sintoma quase seguro de raiva. O virus se exalta na sua passagem pelo organismo do gato, aumentando os riscos para o homem. Nem todas as pessoas mordidas pelo mesmo animal fatalmente adquirem raiva, porque a infecção resulta de uma luta entre o agente da

(*) Palestra realizada na reunião de 22 de janeiro de 1936, no Rotary Club de Pocos de Caldas.

raiva e o indivíduo, e fica na dependencia de uma série de circunstancias — a quantidade e virulencia do virus inoculado, a sede, o ponto de inoculação, a destruição local por agente externo ou pelas forças defensivas do organismo. Mas tudo isso é imponderavel e, desde que houve contacto da baba do animal com uma efração da pele, o tratamento se impõe. Se os sintomas da raiva não são evidentes, o animal deve ser mantido em observação e o tratamento da vitima imediatamente iniciado, porque o virus da raiva é eliminado pela baba do cão, já 2 — 3 dias antes de qualquer manifestação morbida, e num grão de virulencia maior que depois da doença declarada. Ausencia de sintomas, após 10 dias, permite suspender o tratamento.

A eficacia da vacinação depende em parte da precocidade de sua instituição. O periodo incubatorio da raiva oscila, em média, de 2 semanas a 2 meses, e necessario é que a imunidade se instale primeiro que a infecção, antes que o virus, caminhando pelos nervos, atinja o sistema nervoso central. A distancia a percorrer é variavel com a sede do ferimento, com o porte do individuo, sendo mais grave o caso de ferimento na cabeça, que nos membros inferiores.

A primeira vacinação contra a raiva data de 6 de julho de 1885. PASTEUR vacinou o pequeno MEISTER. O segundo foi JUPILLE, um pastorsinho do JURA, horivelmente mordido, quando, em defesa dos seus companheiros, lutou com um cão raivoso. No INSTITUTO PASTEUR de PARIS, ha uma estatua que representa a luta de JUPILLE, simbolizando a luta contra a raiva. A PARIS foram chegando mordidos de toda parte, da RUSSIA, dos ESTADOS UNIDOS, do BRASIL. O nosso conterraneo era irmão do companheiro PINTO SERVA, de SÃO PAULO. Com uma carta do imperador do BRASIL, ele se apresentou a PASTEUR, e foi objeto de correspondencia entre o sabio e o monarca brasileiro. PEDRO II acompanhou interessadamente os estudos de PASTEUR sobre raiva, e foi dos primeiros a mandar um medico aprender o serviço anti-rabico para organização do INSTITUTO PASTEUR do RIO DE JANEIRO. O mesmo se fez pelo mundo; e a descentralização começou, tornando cada vês mais precoce o tratamento. Foi o primeiro passo na solução do problema da distancia.

Como PASTEUR conseguiu imunizar contra a raiva? Primeiro faz a transmissão da raiva do cão ao coelho. No coelho ela se reveste quase sempre da forma paralitica. PASTEUR supõe a localização nervosa do virus, e passa a fazer a reinoculação de coelho a coelho, por injeção intra-craniana de emulsão de cerebro. De passagem a passagem, o periodo de incubação da raiva encurta, chegando a um limite de fixação da morte, médio de 8 dias. Esse virus de passagem, designado sob o nome

de virus fixo, vae na sua adaptação progressiva ao coelho, perdendo virulencia para o cão. PASTEUR submete a medula do coelho raivoso á ação higroscopica da potassa. Conforme o tempo de exposição, mais se enfraquece o virus fixo, até a morte. Observa que injetando em cães o virus morto e gradualmente virus cada vês menos atenuado, os animaes sobrevivem á inoculação experimental da raiva. Era pois possivel obter imunidade, tendo por vacina anti-rabica medula de coelho inoculado com virus fixo (sacrificado no periodo pré-agonico) e de atividade modificada pela dessecação. O tratamento do homem se fazia por injeções diarias de emulsões de fragmentos dessas medulas diferentemente atenuadas.

Cerca de 20 anos mais tarde, o problema da distancia se resolve, na formula de que a vacina deve procurar o individuo. E' FERMI, do INSTITUTO DE SASSARI, que, em dificuldades para atender ás populações das ilhas do Mediterraneo, afasta o obstaculo. Estuda a ação atenuadora do acido fenico sobre o virus fixo e o poder imunizante das vacinas de virus morto e atenuado. Os resultados foram ótimos. SEMPLE, da INDIA, resolve modificar o processo de FERMI, conjugando a ação atenuadora do calor á do acido fenico, diminuindo a dóse, diminuindo o numero de injeções. Foram muitos os casos de falha e SEMPLE voltou ao FERMI primitivo.

Na séde do INSTITUTO ANTI-RABICO de ROMA, PUNTONI, fez a vacinação, seriando as doses pelo tempo de contacto de acido fenico com a substancia nervosa ativa. Inicia o tratamento com virus morto e continúa com progressivamente menos atenuado. Conjuga a orientação de PASTEUR, ao metodo de FERMI.

Resolvi fazer o mesmo no INSTITUTO PINHEIROS, para atender ás populações do interior. Entre nós, em qualquer parte, o papel do medico se cingia a aconselhar a vitima de um animal raivoso a procurar um instituto PASTEUR. Consegui a colaboração do medico do interior, ele mesmo fizesse a injeção, assumindo a responsabilidade de não ter enviado ou aconselhado o paciente á classica viagem. E, até 21 de janeiro de 1936, eu tinha já vacinado em 242 cidades do interior — 2.900 pessoas, sem nenhum caso de insucesso. Um fracasso seria uma vida perdida, a reputação do medico abalada, o conceito do INSTITUTO diminuido, embora o caso de falha exista, em toda e qualquer vacinação, pois aí entram em jogo dois elementos, um fixo — a vacina, outro variavel — o individuo. Conciente da responsabilidade, não fiz, como os americanos já fazem — expor a vacina á venda, nas farmacias. Não. Envio as primeiras doses de virus morto para inicio do tratamento, mediante pedido telegrafico ou telefonico. Assim, o inicio é precoce. Nos logares distantes, mantenho

de preferencia na SANTA CASA umas tantas doses de vacina de prazo de validês determinado, e que servem para o inicio immediato. O medico me informa, por carta, a idade da vítima, data do accidente, a sede, numero, tratamento local do ferimento, especie, sintomas do animal mordedor, elementos todos que permitem classificar a gravidade, instituir vacinação adequada ao caso por vacinas cada vês menos atenuadas, remetidas periodicamente. Faz-se troca de correspondencia, e o tratamento é de perto acompanhado. Quebrámos uma praxe, um habito.

O alcance deste serviço pôde ser avaliado num simples exemplo. Cidade do interior; criança, filha de operario que ganha 5\$000 diários, é mordida, e obrigada a ir para SÃO PAULO, onde ficará 20 dias. Se o pae fôr, perderá 100\$000. Ha de gastar pelo menos mais 5\$000 diários de estadia, portanto, no minimo, mais 100\$000. Se em vês dele, sair a dona da casa, que lhe faz a comida, que tem outras crianças a tratar, a desorganização é maior ainda. Para conjecturas, basta esse exemplo simples.

A compensação pecuniaria deste serviço é quase nenhuma, em relação á responsabilidade, ao trabalho, á despesa; é sufficiente para mantê-lo proximo da perfeição, de modo a garantir a vida do paciente, a reputação do medico, o conceito do INSTITUTO. Se a responsabilidade é grande, é correlato o prazer do beneficio prestado, da lacuna verdadeiramente preenchida. Os 2.900 casos tratados não representam apenas vidas subtraídas ao mal, mas 2.900 situações resolvidas. Nisso não vae orgulho, vae o prazer que o rotariano sente em ser util, na concretização do *Ideal de Servir*, dentro da esfera da sua atividade.

Endereço: Caixa 951 — S. Paulo.

Senhor Doutor!

Ao pronunciar o "*veredictum*" da sciencia, lembrae-vos do

Brometos
Valeriana
Passiflora
Guaraná

PASSIBROMO

Em todos os casos de nevroses, insomnia, histerismo, estados de angustia, erectismo cardiaco, etc.

DOSE: 3 COLHERES DE CHÁ POR DIA EM AGUA ASSUCARADA

DUCTOL — o fortificante por excellencia

Derrame pericárdico

Dr. Jairo Ramos

Assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 3.ª cadeira, Serviço do Prof. Rubião Meira. Médico Auxiliar do Instituto de Higiene de S. Paulo.

Dr. Alfredo Sabino

Assistente extranumerário.

Problema dos mais árduos em semiologia cardíaca é o diagnóstico de um derrame pericárdico. Quasi sempre passa despercebido ao clinico, sendo verificado pelo anátomo-patologista.

Vários e numerosos são os sinais clínicos descritos pelos autores para a descoberta de um derrame pericárdico. Porém, a quasi totalidade é desprovida de valor real, conforme já tivemos ocasião de comentar, há cerca de 6 anos, quando estudámos a sintomatologia do derrame pericárdico em 6 observações.

Dada a grande dificuldade em tais diagnósticos justifica-se sempre a publicação de novos casos, ocasião propria para realçar aquilo que a experiência demonstrou como útil.

Segundo nossa experiência apenas os dados obtidos pela percussão são de valia para o diagnóstico de derrame pericárdico. E' necessario, entretanto, fazer uma seleção dos numerosos sinais percussórios descritos pelos autores.

O primeiro sinal que os autores referem é o grande aumento da maciez cardíaca. Este sinal tem valor real e impõe o diagnóstico quando o aumento é muito grande, tal como foi verificado no caso n.º 2.

Lewis assevera que o sinal mais importante para o diagnóstico de derrame pericárdico é o aparecimento de uma maciez no 1.º intercosto, que ultrapassa o bordo direito do esterno e estende-se para a esquerda cerca de 5 cms. Nos casos que já tivemos ocasião de publicar destaca-se, de modo evidente, a presença d'este fato. Nas 2 observações que passaremos a comentar, este sinal era muito nítido na primeira e nos permitiu estabelecer o diagnóstico de derrame pericárdico, mesmo frente ao relatório discordante do radiologista que não pôde afirmar a existência de derrame pela insuficiência dos dados fornecidos pela radiografia. Tal diagnóstico foi posteriormente confirma-

do pela punção exploradora e pela verificação necroscópica. Outro sinal, para nós de grande valor, é a mudança abrupta do som percussório quando passamos da sonoridade pulmonar para a maciez pericárdica, assinalada por Berger, ou, então, a nitida sensação de resistência descrita por Flint. Concordamos com o valor destes detalhes. Quem está habituado a delimitar a área cardíaca pela percussão conhece a grande dificuldade que existe para demarcar o ponto de transição entre a sonoridade pulmonar e a sub-maciez cardíaca. Pois bem, nos casos de derrame pericárdico, tal delimitação se faz de modo nítido, o que chama a atenção do médico. E. Moschcowitz considera este dado como muito importante, constituindo com o aumento da área e o alargamento da maciez no 2.º intercosto, a triade de sinais mais úteis para o diagnóstico de derrame pericárdico. A mudança abrupta do som percussório dependeria de que o aumento de volume do saco pericárdico cheio de líquido, empurraria para a esquerda a lingueta pulmonar, que é, como se sabe, o fator que condiciona a área de sub-maciez relativa (sonoridade pulmonar) o que dificulta a percussão cardíaca.

Nestes casos de transição súbita, as áreas de maciez relativa e absoluta confundem-se.

Admitimos como Moschcowitz a validade deste sinal, porém, discordamos de sua afirmação que o sinal ainda não tinha sido descrito — (of there three signs, only the second, (transição abrupta da sonoridade pulmonar para a maciez cardíaca) so far as I can gather, has not been described before) — pois Berger, em 1909, já salientava o valor dele no diagnóstico do derrame pericárdico.

Si a observação do paciente é realizada por tempo longo é possível verificarmos a presença de sinais de grande valor, qual seja o aumento e a diminuição progressiva da maciez precordial. Não há manifestação cardíaca qualquer que traga variações tão acentuadas e tão rápidas do tamanho da área de maciez como o derrame pericárdico. Deste modo, a nosso vêr, a maciez progressiva ou regressiva, constitue o melhor e mais seguro sinal para o diagnóstico de derrame pericárdico. Este sinal, entretanto, só pôde ser apreciado nos casos em que podemos seguir a evolução da moléstia, como nos foi dado observar em pacientes referidos em duas publicações anteriores.

O atrito pericárdico, que é característico para a pericardite sêca, pode auxiliar o diagnóstico quando aparece ou desaparece associado, respetivamente, ao aumento ou à diminuição progressiva da maciez precordial.

As alterações da forma da maciez com as posições ocupadas pelo paciente, de pé e decubito dorsal, apresentam um valor relativo para o diagnóstico de derrame pericárdico.

Quanto aos outros sinais percussórios descritos pelos autores e que temos conhecimento, como por exemplo: sinal de Oppolzer, de Ewart, de Roth-Ebstein, desaparecimento da sonoridade do ângulo supero-interno do espaço de Traube, não têm para nós qualquer valor, como já tivemos ocasião de afirmar em publicação anterior e que os anos só têm servido para tornar mais sólida esta nossa convicção.

Deixamos de referir os sinais clínicos obtidos pela inspeção, palpação e ausculta pela sua pouca importancia segundo nossa experiência de muitos anos.

Os R. X. prestam mais serviços, particularmente quando conseguimos obter as variações de forma da área cardíaca por meio de radiografias tiradas na posição de pé e no decubito dorsal, notando-se na primeira posição uma forma de moringa muito acentuada e na 2.^a posição, uma forma globular de base muito alongada. Este fato não foi observado no nosso 1.^o caso, e que levou o radiologista a não poder concordar com o diagnóstico clínico de derrame pericárdico.

*
* *

Todos os sinais que acabamos de comentar e referir servem para estabelecer a diferenciação com a dilatação cardíaca. E' necessário concordar que o diagnóstico será tanto mais difícil quanto menor a quantidade de líquido existente no saco pericárdico.

Por muito tempo, e ainda hoje, procuram os autores estabelecer a quantidade mínima de líquido que possa ser revelada pelo exame clínico.

As discordâncias são muito grandes e os limites mínimos variam de autor para autor. Para quem está habituado a seguir os doentes até o contróle anatômico não se admirará de verificar a frequência com que quantidades relativamente grandes de líquido (200 a 300 c. c.) derramado no saco pericárdico, passam inteiramente despercebidos ao exame, maximé quando ha, ao mesmo tempo, uma dilatação cardíaca.

*
* *

A grande dificuldade para o diagnóstico do derrame pericárdico está em estabelecer a distinção com a dilatação cardíaca acentuada. Para o diagnóstico diferencial devemos levar em consideração os seguintes fatos:

- 1.^o) Muito grande aumento da área de macicez;

2.º) Aumento rápido e progressivo ou diminuição rápida e progressiva;

3.º) Aumento da macicez no 1.º intercosto;

4.º) Mudança súbita do som claro pulmonar para a macicez precordial;

5.º) Atrito pericárdico que aparece e desaparece, respectivamente, com a diminuição ou o aumento da área de percussão;

6.º) Ausência de sinais e sintomas de lesão cardíaca;

7.º) Forma da sombra radiográfica nas posições de pé e deitada.

*
* *

Obs. n.º 1: — Z. A. S., 19 anos, brasileiro solteiro, operário, Vila Mazzei — 18-10-1935.

Queixa e duração: — Tosse, catarro no peito e fraqueza geral. Doente há 1 mês e 8 dias.

História pregressa da moléstia atual: — Há 1 mês e meio resfriou-se, aparecendo-lhe tosse com escarro branco espumoso, mais intensa à noite. Sempre quando tosse sente uma dor na região precordial, em pontada, sem irradiação. Sem os movimentos da tosse nada sente. Começou a notar que após a ingestão de alimentos líquidos era acometido de tosse e junto ao escarro expelia o que havia ingerido pouco antes. Com os alimentos sólidos nada sentia. Em pequena quantidade os líquidos eram bem engulidos, sem perturbações, na posição de decubito lateral direito. Sempre escarrou fraccionadamente, sem vômita e nega febre.

Examinado num Dispensário, disseram-lhe que não apresentava lesão tuberculosa, procurando então este serviço.

Sente atualmente muita fraqueza nas pernas, falta de ar ao menor esforço, acompanhada de tósse, que melhora com o decubito ventral. Sua tosse é intensa e seca, escarro é abundante e amarelado. Cerca de 1 hora da manhã acorda-se com tosse e até às 3, escarra 1/2 escarradeira. Não tem soluços nem vômitos. Desde o início é obrigado a dormir com a cabeça elevada.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos:

Cabeça: — Nega cefaléa.

Ouvidos, Nariz, Olhos, Garganta: — Nada sente.

Aparelho cárdio-respiratório: — O relatado na anamnese.

Aparelho gastro-intestinal: — Bom apetite, boa digestão, evacuação normal.

Aparelho genito-urinário: — Nada refere de importante.

Neuro-muscular: — Fraqueza nas pernas.

Antecedentes hereditários e familiares: — Sem importância.

Antecedentes pessoais: — Sarampo aos 7 anos. Nega outras moléstias anteriores a esta. Não fuma, nem bebe. Pesava 58 kls.

Nega passado venereo, luético e reumatismo.

Exame físico: — Peso 52 kls. 500. — Temperatura 38,4.

Pulso: 124.

Indivíduo pardo, pouco desenvolvido para sua idade. Muito palido, abatido, ligeiramente dispneico e acessos de tosse coqueluchoide acen-tuada a cada instante. Sistema ósseo bem conformado, muscular um pouco atrofiado e panículo adiposo escasso. Pêlo sêca, grossa princi-palmente nas extremidades. Pêlos pubianos com disposição feminina. Mucosas visíveis descoradas.

Sistema ganglionar: — Ganglios cervicais discretos; axilares en-fartados; epitrocleanos enfartados de ambos os lados; inguinais, idem. Não tem dores osteócopas.

Exame físico especial: — Cranio: Nada. Seios frontais: Nada.

Olhos: — Pupilas iguais, reflexos normais, musculatura extrínseca íntegra.

Nariz, Ouvidos: — Nada.

Boca: — Dentes com falhas e raízes infectadas. Piorréa nos inci-sivos inferiores. Língua: Nada. Faringe e Amígdalas: Nada.

Pescoço: — Tireóide pequena. Não há "thrill" sobre as jugulares. Aorta não palpável na fúrcula. Traquéa desviada levemente para a di-reita. Não há Oliver-Cardarelli.

Aparelho respiratório: — Torax: — Inspeção estática: — Fossas supra e infra-claviculares bem escavadas, mais á direita. Claviculas sa-lientes. Ombro e mamilo esquerdos mais baixos. Ângulo de Louis bem visível. Charpy bem maior que 1 reto. Vê-se bem os últimos intercos-tos. Músculos peitorais atrofiados. Coluna em sifose dorso-lombar. Es-paço inter-escapulo vertebral direito menor que o esquerdo. Fossas su-pra e infra espinhosas escavadas. Escapula alata moderada de ambos os lados.

Inspeção dinâmica: — Respiração do tipo costal superior, com ti-ragem nos espaços intercostais do hemitorax direito. Frequência res-piratória: — 28 movimentos por minuto. Apices movimentam-se mais que as bases — "Schnupfung phenomen" de ambos os lados numa linha regular a 1 e 1/2 depois do rebordo costal, sendo que a depressão do intercosto está muito diminuída quando se pesquisa o fenômeno. Litten é visível á esquerda, onde os movimentos respiratórios são quasi nulos. Á direita vê-se mal com uma extensão de 1 dedo, Lemos Torres na ba-se direita, faces lateral e posterior.

Apalpação: — Frêmito tóraco-vocal quasi abolido na base direita e parte superior da face anterior esquerda. Abolido na base esquerda, face lateral.

Percussão: — Fossas supra e infraclaviculares, de Morenhein e cla-viculas com som claro-pulmonar.

Faces anterior — laterais direita e esquerda, segundo fotografia e esquemas anexos. Hipersonoridade dos 2 ápices e toda face posterior do hemitorax direito. Submaciez nas regiões interescapulo-vertebral e in-fra-espinhosa esquerdas. Hipersonoridade da base esquerda.

Ausculta: — Múrmurio vesicular quasi desaparecido nas partes to-madas pela maciez. Nas partes que margeiam a maciez ha sibilos e estertores subcrepitanes. Respiração diminuída no hemitorax esquerdo, com estertores subcrepitanes na base. A direita ouvem-se difusamente sibilos e murmúrio de intensidade proxima do normal. Concavo axilar direito com alguns estertores subcrepitanes.

Aparelho circulatório — Coração: — "Ictus cordis" não visível, nem palpável. Bulhas muito mal audíveis, longinquas em todos fôcos, princi-palmente na base. Não há ruídos adventícios. Taquicardia. Pulso: — 124 vezes por minuto, cheio, regular em tempo e amplitude. Artérias de paredes depressíveis. Pressão arterial: Mx.: 100 e Mn.: 78.

Percussão: — Vide esquema n.º 1.

Abdomen: — Simétrico, escavado, não apresentando edema nem circulação colateral. Paredes endurecidas, tornando difícil a palpação. Não se consegue palpar os segmentos intestinais e o baço. Fígado palpável, a 1 dedo do rebordo costal. Não tem dor à pressão do epigástrio, nem pela compressão do nervo frênico. Epigástrio movimenta-se bem durante os movimentos respiratórios.

Sistema nervoso: — Reflexos oculares presentes e normais. Tendinosos e cutâneos idem. Sensibilidade íntegra e normal. Não há Babinsky, nem Romberg.

Exames complementares: — Exame de escarros, com homogenização: — Negativo para bacilo de Koch, (9-11-33) (a) Dr. Salles Gomes.

Exame de fezes: — Ovos de Tricocefalus.

Exame de Urina: — Densidade — 1026

 Açúcar — negativo

 Albumina — negativo

 Sedimento — grande quantidade de uratos.

EVOLUÇÃO

O paciente esteve internado até a sua morte em 22-11-33. Foram feitas 3 punções evacuadoras do pericárdio, sendo retirado líquido hemorrágico nas seguintes quantidades:

1.ª punção — 100 c.c.

2.ª punção — 300 c.c.

3.ª punção — 300 c.c.

Depois da segunda punção apareceram numerosos atritos pericárdicos.

Medidas das áreas cardíacas nos dias:

29-10-1933

L. M.

7	cms.	II	cost.	—	7,5 cms.
9,5	cms.	III	cost.	—	11,5 cms.
11	cms.	IV	cost.	—	15,5 cms.
13,5	cms.	V	cost.	—	17,0 cms.
14,5	cms.	VI	cost.	—	18,5 cms.
16	cms.	VII	cost.	—	20 cms.

11-11-1933

L. M.

9	cms.	II.ª	cost.	—	11 cms.
11,5	cms.	III.ª	cost.	—	17 cms.
13	cms.	IV.ª	cost.	—	20 cms.
14,5	cms.	V.ª	cost.	—	23 cms.
16	cms.	VI.ª	cost.	—	23 cms.
18	cms.	VII.ª	cost.	—	22 cms.

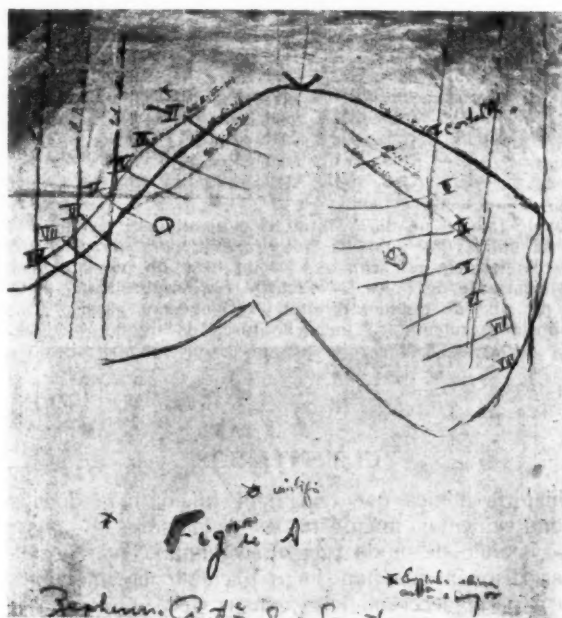


Fig. 1

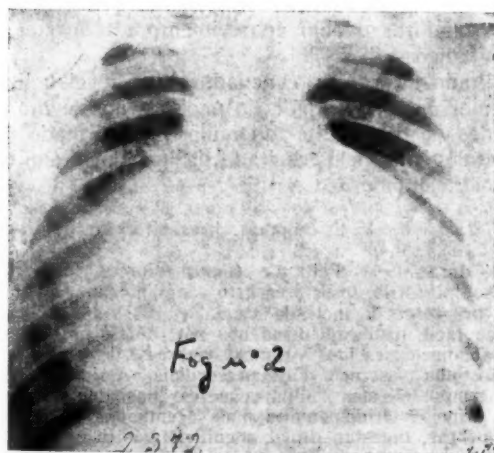


Fig. 2

16-11-1933

L. M.

5,5 cms.	II. ^a	cost.	—	6 cms.
7,5 cms.	III. ^a	cost.	—	10,5 cms.
9,5 cms.	IV. ^a	cost.	—	14,5 cms.
13 cms.	V. ^a	cost.	—	17 cms.
15 cms.	VI. ^a	cost.	—	18,5 cms.
16 cms.	VII. ^a	cost.	—	19,5 cms.

O doente faleceu no dia 23-11-1933 e a autópsia revelou o seguinte: Tuberculose miliar dos pulmões. *Pericardite, com derrame, tuberculosa difusa.* — Atelectasia por compressão da base do pulmão esquerdo. — Enfisema vicariante do ápice. — Pleurite fibrino-purulenta. — Congestão e edema do lobo do pulmão direito. — Congestão passiva da base. — Pleurite fibrino-purulenta. — Inchaço turva do fígado. — Esteatose da íntima da aorta. — Endocardite pregressa da valvula mitral.

23-11-1933.

(a) DR. C. MIGNONE

COMENTÁRIOS

A história clínica que revela, de início, uma doença aguda febril com evidentes manifestações pulmonares — tosse e escarro —, evoluiu de modo progressivo aparecendo posteriormente intensa dispnéa que impedia o paciente movimentar-se, obrigando-o a permanecer no leito em ortopnéa.

O exame clínico revelou na entrada do paciente na enfermaria um enorme aumento da área cardíaca como mostra o esquema n.º 1, e que nos levou, imediatamente, a formular o diagnóstico de derrame pericárdico, confirmado posteriormente pelas punções evacuadoras e pelo aparecimento ulterior de numerosos atritos pericárdicos.

O resultado da punção evacuadora que revelou líquido francamente hemorrágico e a idade do paciente nos levaram ao diagnóstico clínico de pericardite tuberculosa, confirmado pelo exame anátomo-patológico e pelo resultado da inoculação em cobaia realizada pelo Dr. Humberto Cerruti.

Obs. n.º 2: — F. A. L. 35 anos, brasileiro, casado, lavrador, Araçatuba.

Queixa e duração: — Falta de ar aos esforços, inchaço no rosto e pernas, dor no epigástrio, tosse e escarro sangüinolento, doente há 2 anos.

História pregressa da moléstia atual: — Há 1 ano e 1/2 começou a sentir cansaço fácil, dispnéa, edema nos pés, dor à pressão do hipocôndrio direito, abdômen crescido. No início lembra-se de ter tido febre durante 2 dias. Não tinha tosse nem dores precordiais. Assim tem estado durante todo esse tempo. Nêstes 2 últimos mêzes quasi que vive no leito, com os sintomas acima referidos, muito mais acentuados. Com edema também das palpebras, digestão difícil, plenitude gástrica, vomitando às vezes os alimentos ingeridos. Tem agora tosse, com escarro sanguinolento. Não tem febre e não tem dores precordiais.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos:

Cabeça: — Cefaléa de vez em quando.

Olhos: — Nada. Ouvido, Nariz e Garganta: Nada sente.

Cárdiopulmonar: — O referido na anamnese. Nega dores no precórdio.

Gastrointestinal: — Pouco apetite, digestão com as perturbações referidas na anamnese. Evacua normalmente.

Gênito-urinário: — Urina pouco, não é sanguinolenta. Nega hematúria.

Sistema neuromuscular: — Nada digno de nota.

Antecedentes pessoais: — Teve as molestias da infância. Bebia antes de adoecer. Nega passado veneréio sífilítico.

Antecedentes familiares: — Relata pouco e sem importância.

Exame geral: — Indivíduo mulato, de estatura mediana. Arcabouço osseo bem constituído, musculatura pouco desenvolvida, panículo adiposo escasso. Edema nos membros inferiores, pretibial e maleolar, na

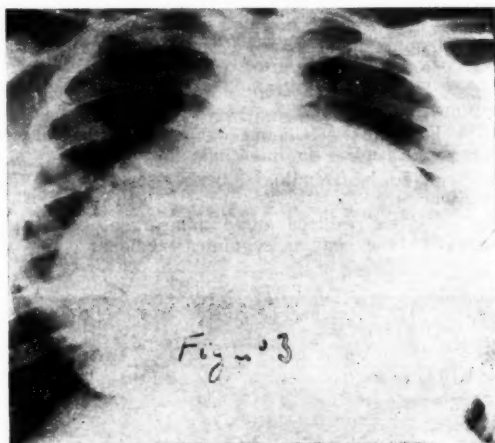


Fig. 3

região lombar e sagrada, nas palpebras com pequena intensidade. Gânglios cervicais e epitrocleares palpáveis à esquerda, pequenos. Inguinais crescidos e indolores de ambos os lados. Sistema piloso pouco desenvolvido, com distribuição masculina. Não tem dores osteócopas. Atitude: Decubito dorsal com cabeça elevada. Pesa 63 kls.

Exame especial:

Cabeça: — Nada de anormal.

Olhos: — Pupilas iguais. Reflexos normais. Musculatura extrínseca, íntegra. Conjuntivas anemiadas. Visão boa. Palpebras edemaciadas.

Nariz, Ouvidos e Garganta: — Nada digno de nota.

Boca: — Dentes mal conservados, com falhas e raízes infectadas.

Faringe e Amígdalas: — Normais.

Pescoço: — Turgescência venosa. Batimentos carotídeos visíveis. Não há frêmito. Tireóide: — Palpável, pequena. Não há Oliver-Cardarelli. Aorta não palpável na fúrcula.

Torax: — Face anterior: — Medioclíneo, ângulo de Charpy igual a um reto. Musculatura pouco desenvolvida, panículo adiposo escasso.

Mamilos equidistantes da linha mediana e com o mesmo nível. Espaços intercostais invisíveis. Ombro esquerdo mais alto que o direito. Fossa supraclavicular direita/ esboçada, apresentando junto ao terço médio da clavícula uma turgescência venosa.

Fossa supraclavicular esquerda cheia com elevação na sua parte mais interna. Fossas infraclaviculares cheias. Abaulamento da base do torax, à direita, continuando para a face lateral do mesmo lado.

Face posterior: — Omoplatas equidistantes da coluna. Fossas supra e infraespinhosas cheias. Angulo inferior do omoplatá direito mais alto do que o esquerdo. Edema nas partes mais inferiores do torax, continuação do edema acentuado que existe na região lombar. Abaulamento da base direita. Não há desvio da coluna.

Inspeção dinâmica: — Respiração costal superior predominante.

Amplitude respiratória idêntica de ambos os lados. Não se percebe litten, nem Lemos Torres. Frequência respiratória: 20 por minuto.

Palpação: — Frêmito toracovocal diminuído nas 2 bases, principalmente à direita.

Percussão: — Submaciez na base esquerda. Na base direita há maciez com nível numa linha mais ou menos horizontal atingindo o nível do 5.º intercosto na face anterior.

Ausulta: — Estertores subcrepitanes nas duas bases com maior acentuação e numero à direita.

Coração: — Inspeção: — Choque da ponta no 5.º intercosto a 2 de dedos transversos para fóra da linha mamilar.

Palpação: — Não há frêmito. Localiza-se o choque da ponta já referido na inspeção.

Percussão: — Área cardíaca muito aumentada, como se pôde verificar no esquema n.º 4 e com as seguintes medidas:

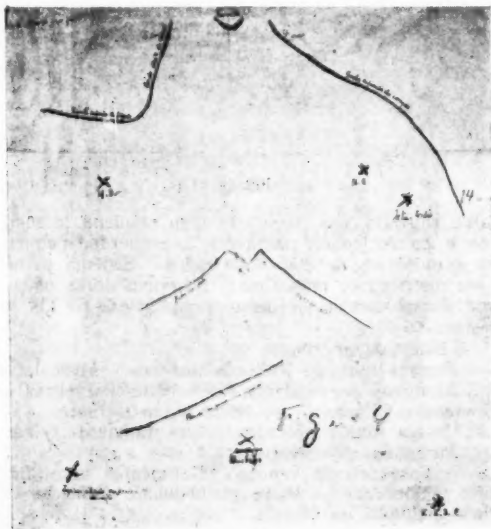


Fig. 4

L. M.

5	1.º espaço	— 4
6,5	2.º "	— 7,5
	3.º "	— 11,5
7	4.º "	— 14,5
	5.º "	— 14,5
	6.º "	— 14,5
	7.º "	— 14,5

Ausculta: — Ruído de galope na ponta. No apêndice xifóide tem-se a impressão de se ouvir um atrito pericárdico.

Pulso: 87, cheio e rítmico. Pressão arterial: Mx. 174. Mn. 134.

Abdômen: — Inspeção: — Proeminente, indicando provável ascite. Abaulamento mais acentuado do hipocôndrio direito.

Percussão: — Sensação de onda. Limite de maciez pouco nítido devido ao derrame ser pouco acentuado.

Palpação: — Fígado poloroso à pressão com o bordo inferior 6 dedos abaixo do rebordo costal.

Baço: — Percutível, parecendo palpavel.

Não há possibilidade de se palpar o estômago e os segmentos intestinais.

Orgãos genitais: — Normais.

Sistema nervoso: — Reflexos tendinosos e cutâneos presentes e normais. Sensibilidade conservada. Inteligência, memória, etc., sem perturbações.

Exames complementares:

Exame de urina: — Densidade — 1011.

Albumina — grande quantidade.

Açúcar — nada.

Sedimento — células epiteliais chatas, cilindróides, leucócitos. Numerosos cristais de fosfato amoníaco-magnésiano.

(a) DR. H. CERRUTI.

Dosagem da uréia no soro sanguíneo:

Em 17-10-1934 — 4,7 grs. por litro de soro.*

Em 22-10-1934 — 4,5 grs. por litro de soro.

Em 26-10-1934 — 4,25 grs. por litro de soro.

Em 31-10-1934 — 7,0 grs. por litro de soro.

(a) DR. H. CERRUTI

Pesquisa da uroseína em 22-10-1934. — Positiva. — (Dr. Cerruti).

Radiografia: — Grande aumento da área cardiopericárdica, (mais de 100 %) em relação ao peso. Aorta dilatada, medindo cerca de 3 cms. de diâmetro ao nível da crossa. Espessamento pleural à esquerda com aderência do seio cóstofrênico (Fig. 5). Alteração de forma nas posições, deitada (6) e de pé (7).

(a) DR. PAULO TOLEDO

Evolução. — Em 13-10-34, foi feita a punção pericárdica, com retirada de líquido amarelo citrino, aséptico e reação de Rivalta negativa, conforme exames ulteriores.

O doente tornou-se progressivamente pior apresentando-se com o quadro urêmico, vindo a falecer no dia 2-XI-1934.

Necrópsia feita pelo Dr. C. Mignone, deu o seguinte laudo:

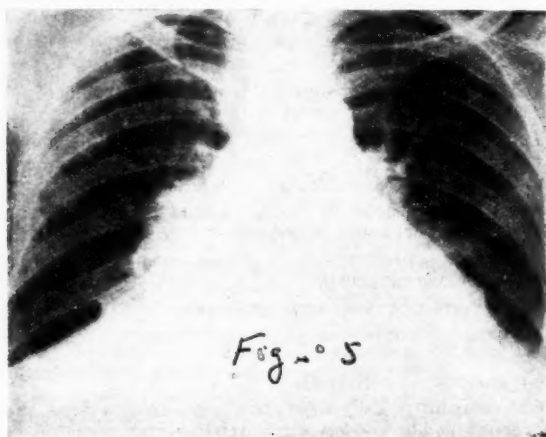


Fig. 5

Rim contraído.

Dilatação e hipertrofia do ventrículo esquerdo. Hipertrofia ligeira do ventrículo direito. Esclerose da valvula mitral. Arteriosclerose incipiente da aorta.



Fig. 6

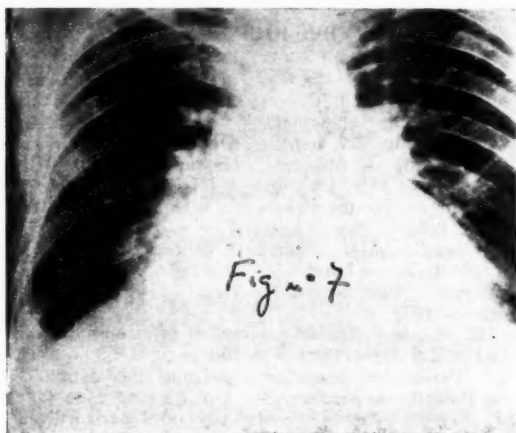


Fig. 7

Congestão e edema dos lobos e médio do pulmão esquerdo. Congestão passiva crônica do lobo inferior.

Idem no pulmão direito.

Hidropericárdio — (500 c.c.) — líquido amarelo citrino

Hidrotorax bilateral.

Ascite.

Congestão passiva crônica do baço.

Estruma colóide difuso.

Sufusões hemorrágicas da bexiga.

COMENTARIOS

A história clínica do paciente é de uma evidente insuficiência cardíaca que evoluiu em 2 anos de uma maneira progressiva. Durante o período que o paciente esteve sob nossa observação não conseguimos melhora alguma, como se poderá vêr pelo conhecimento dos dados clínicos.

O aumento pronunciado da pressão arterial, particularmente diastólica, em um individuo moço, nos levou a supor uma passada glomerúlo-nefrite que evoluiu para o período de hipertonia secundária de Volhard. A verificação da azotemia notavel e progressiva e, posteriormente, as verificações necroscópicas demonstraram que estavamos com razão, pois o Dr. Constantino Mignone encontrou lesões renais características do estágio de rim contraído secundário.

A verificação clínica de derrame pericárdico — percussão e punção — não confirmada aos R. X., — conforme relatório do radiologista, foi demonstrada na autópsia realizada pelo Dr. Mignone que encontrou cerca de 500 c. c. de líquido citrino.

Endereço: Rua B. Itapetininga, 120.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, A. & Hawkins, F. S. "A case of tuberculous pericardial effusion. — *Lancet* — vol. 2 — July — 1933.
- Beerens, J. "Pericarditis tuberculeuse". — *Revue belge des sciences médicales* — vol. 6, pg. 727, Sept. et Oct. — 1934.
- Bergé, Dr. A. "Traité de Médecine" (Enriques, Laffitte, Bergé, Lamy). — Octave Doin et Fils, Editeurs — Paris. Vol III. — 1909.
- Feller, A. "Richtlinien für die Praxis. Wiener Klinische Wochenschrift. n. 44 — pg. 1444 — Nov. 13-1931.
- Hirschfelder, Arthur Douglass "Diseases of the Heart and Aorta". — J. B. B. Lipponcott Co. — London — 3.^a edição — 1918.
- Lewis, Sir Thomas "Diseases of the Heart". — Macmillan Congres. — New York — 1933.
- Moschcowitz, E. "A new sign of pericardial effusion" — *The Journal of American Medical Association*. Vol. 100 — pg. 1663 — May, 27 — 1933.
- Ramos, Jairo "Pericardite posterior e derrame mediastinal". — *Rev. da Associação Paulista de Medicina*. — Vol. 1 — n.º 1 de Janeiro de 1932.
- Ramos, Jairo "Sinaes diagnosticos dos derrames pericardicos". — *Sciencia Medica* — Vol. 7 — n.º 5-6-7-8-9 — Rio de Janeiro, 1929.
- Romberg, Dr. Ernest *Tratado de las enfermedades del corazon y de los vasos*". — Editorial Labor, Barcelona — 1931.
- Thomas, G. W. "Pericarditis with effusion". — *American Heart Journal* — Vol. 7. — pg. 771. — Ag. 1932
- White, Paul Dudley "Heart Diseases". — Macmillan Co. — New York. 1932.
- Williamson, C. S. & Birch "Pericarditis with effusion". — *The Medical Clinics of North America*. — vol. 16 — pg. 413. — Sept. 1932.
- Willius, F. A. "Pericarditis with effusion". — *Archives of Internal Medicine*. — Vol 50. — pg. 182. — Agosto — 1932.
- Willius, F. A. "Clinic on acute serofibrinous pericarditis secondary to acute pharyngitis; comment; treatment; course." — *Staff Meeting of Mayo Clinic*. — Vol. 9. — pg. 637. — October 1934.
- Willius, F. A. "Clinic on malignancy in the pericardium; phenomena attending rapidly accumulating pericardial effusion; course of the disease and post-mortem findings". — *Staff meeting of the Mayo Clinic*. — Vol. 9. — pg. 650. — Oct. 24 — 1934.
- Willius, F. A. & Smith, H. L. "Pericarditis with effusion". — *Archives of Internal Medicine*. — Vol. 50. — pg. 192. — 1932.

TRICALCINE

INJECTAVEL

TUBERCULOSE
MISERIA
PHYSIOLOGICA

MEDICAÇÃO CALCICA
INTENSIVA e ESTIMULANTE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris

Unico distribuidor para todo o Brasil

SOCIEDADE ENILA LTDA.

174, Rua General Camara — Caixa 484 — Rio

Lebore. Correspondentes de JULIEN & ROUSSEAU-Paris. 9.^o

CONVALESCENÇA
ANEMIA
ESCROFULOSE

Nefropatias médicas

(Lição de curso livre)

Dr. Eduardo Monteiro

Chefe da Clinica Medica de Mulheres da Policlínica de S. Paulo.

Sob a rubrica de "nefropatias médicas", é costume inscrever o rim cianótico, as nefroses, as nefrites e as nefro-cirroses.

Na lição de hoje, aludiremos apenas aos caracteres essenciais destas entidades anátomo-clínicas, sem entrar em minúcias, que não cabem num estudo essencialmente sintético. Neste afã, visamos apenas estabelecer contrastes e confrontos entre as nefropatias médicas.

Sirva-nos de roteiro o seguinte esquema:

Nefropatias médicas	{	Rim cianótico
		Nefrose albuminoide
		" gordurosa
		" lipóidica
		" amiloide
		" necrótica
		Glomérulo-nefrite aguda
		" " subaguda
		" " crônica
		" " embólica de Loehlein
		Nefrite intersticial aguda
		" purulenta descendente
		" " ascendente
		Nefro-cirrose nefritica
		" " arteríolo-esclerótica
		" " artério-esclerótica
		Nefro-cirroses menos frequentes
		Nefropatias mixtas

RIM CIANÓTICO

O rim cianótico, ou rim d'estase, assim se caracteriza:

a) Oligúria;

b) Albuminúria ligeira ou de intensidade média, até 2 grs. o/oo;

- c) Cilindrúria mínima;
- d) Microhematúria discreta;
- e) Cloretos urinários diminuídos;
- f) Concentração ureica mais ou menos satisfatória;
- g) Azotêmia.

Como sabeis, a ligadura incompleta da veia renal, que produz uma congestão passiva, diminui o volume urinário. A albumina transuda, formam-se cilindros em número discreto porque discretas também são as lesões, e algumas hemácias extravasam. Os cloretos urinários minguem, porque o Na Cl se encaminha para o tecido célula-gorduroso. Apesar da anoxemia local, o parênquima concentra a ureia, na maioria das ocorrências. Sem embargo, o débito ureico torna-se sofrível, em virtude da oligúria, e resulta uma azotemia, que raramente ultrapassa 2 grs. por mil.

Supérfluo será dizer que todos estes fenômenos se dissipam quando regride o desequilíbrio circulatório.

NEFROSE ALBUMINOIDE

A nefrose albuminoide, também dita *nefrose febril*, manifesta-se no decurso das moléstias infecciosas, sobretudo quando a febre é elevada. No parecer de alguns patologistas, a simples hipertermia, não bacteriana, pode chegar ao mesmo resultado. Menos vezes, certos tóxicos — arsênico, clorofórmio, cantaridina, fósforo, chumbo, salicilato de sódio, etc. — são responsáveis pela inchação turva do epitélio canalicular.

Clinicamente, assim se traduz:

- a) oligúria;
- b) albuminúria; em geral, 0,50 a 1 o/oo;
- c) no sedimento: cilindros hialinos e granulosos; hemácias não existem;
- d) concentração urinária satisfatória.

A nefropatia é benigna. Regride na convalescença da moléstia infecciosa ou quando cessam os efeitos dos tóxicos aludidos.

NEFROSE GORDUROSA

A nefrose gordurosa — recordemos — é provocada por tóxicos, infecções e atrasos das combustões orgânicas.

Múltiplas são as intoxicações, agudas ou crônicas, que a podem suscitar: pelo fósforo, óxido de carbono, eter, morfina, co-

caina, iodofórmio, álcool, etc. O fósforo é o tipo dos venenos esteatosantes, mas, em clínica, cabe ao álcool a primazia da frequência. De fato, a nefrose gordurosa é encontrada nos etílicos inveterados e quasi indefectível no decurso do "delirium tremens".

Ao lado das toxicoses exógenas, devem figurar as intoxicações endógenas, em que se altera o metabolismo: diabete, mal de Basedow, gota, etc.

Qualquer infecção aguda pode ser esteatósante. De todas elas, a que atua mais intensamente é a febre amarela. Assiduo também é o processo na espiroquetose íctero-hemorrágica e, a título de concomitância, na atrofia amarela aguda do fígado. Em seguida, vem a infecção puerperal, as septicemias, a varíola, a febre tifoide, a pneumonia, a difteria, a erisipela, etc.

Infecções crônicas — tuberculose, sífilis, impaludismo, supurações prolongadas — igualmente podem ser a sua causa.

Múltiplos são os agentes de atrazo das combustões orgânicas: doenças do sangue; afecções do aparelho circulatório, que acarretam anoxemia; as pneumopatias que reduzem o campo da hematose, mormente o enfisema; por fim, a obesidade monstruosa e a superalimentação desenfreada.

Não é dos mais fáceis o diagnóstico da nefrose gordurosa, salvo se a sintomatologia se enquadra na poliesteatoose visceral, descrita pelo saudoso Prof. Miguel Couto. Tenham-se em conta os fatores etiológicos aludidos e a síndrome urinária, representada pela tríade seguinte: albuminúria, cilindrúria hialino-granulosa e lipúria microscópica. Muito valiosa é a comprovação de gorduras monorrefringentes no sedimento; para tanto, pode ser necessário praticar exames reiterados. Hemácias não existem. Hipertonia também não se verifica. A síndrome azotêmica, eventual, é de mau prognóstico.

Lembre-se que a nefrose gordurosa, anátomo-patologicamente, pode ser insular ou difusa. A primeira forma é benigna, porque não prejudica as funções renais. Grave ao extremo é a segunda, em virtude da retenção azotada.

NEFROSE LIPÓIDICA

Recordemos a classificação das nefroses lipóidicas:

Nefroses lipóidicas	{	Primitiva	{ Nefrose lipóidica genuína
		Secundárias	{ Nefrose sífilítica " gravídica " tuberculosa " neoplásica " marasmática

A nefrose é primitiva, ou essencial, quando se desconhece a respectiva etiologia. É o caso da "nefrose lipídica genuína", afecção pouco contraditória e talvez dependente duma desordem metabólica.

Pelo contrário, as nefroses lipídicas secundárias, ou sintomáticas, reconhecem etiologia manifesta: sífilis, gravidez, tuberculose, neoplasia, marasmo. São frequentes, sobretudo a luetica e a gravídica.

Passemos agora a considerar a sintomatologia das nefroses lipídicas em geral. Atentai no seguinte esquema:

Sintomatologia	Síndrome urinária	{	Oligúria
			Densidade alta
			Albuminúria
			Cilindrúria
			Lipoides birrefringentes
	Síndrome humoral	{	Nefro-capacidade funcional satisfatória
			Soro opalescente
			Hipoproteinemia
			Relação serina-globulina invertida
			Aumento dos lipídios
Sinais negativos	{	Síndrome edematosa	
		Ausência de microhematúria	
		" da síndrome azotêmica de hipertonia, exceto na gravídica	

Síndrome urinária. — A oligúria é de regra. Entretanto, o volume urinário sofre variações de um dia para outro.

A densidade costuma atingir 1.030 - 1.040. Naturalmente, diminui um pouco quando a diurese se intensifica.

A albuminúria é intensa, não raro massiva. Fato importante, o regime hiperazotado não a incrementa; antes pelo contrário.

A cilindrúria pode ser considerável.

Góticulas lipídicas, birrefringentes ao microscópio de polarização, abundantíssimas, ainda se comprovam no sedimento. Conviém saber que a lipoidúria pode variar muitíssimo de um momento para outro, ao ponto de se tornar escassa ou nula. Portanto, neste caso, pesquisem-se os lipoides urinários em dias sucessivos.

Cumpra advertir que a lipoidúria não é privativa da nefrose lipídica. Com efeito, o mesmo fenómeno se observa no decurso de outras nefropatias, aquelas em que existe lipoidose concomitante do epitélio canalicular. É o caso de algumas nefrites e da nefro-amiloidose. Mas, nestas conjunturas, a eliminação de góticulas lipídicas é discreta.

Nefro-capacidade funcional. — A nefro-capacidade funcional é satisfatória. A densidade elevada da urina isto demonstra. De mais a mais, a prova da concentração e a prova da fenolsulfonaftaleína fornecem resultados magníficos. Naturalmente, a prova d'água não merece fé, pois que os edemas falseiam as conclusões.

Síndrome humoral. — O soro sanguíneo é opalescente, o que se atribue a uma flocculação dos coloides. Centrifugando-se, o aspecto não se modifica.

A hipoproteïnemia é constante. No estado hígido, encontram-se, em média, 75 grs. de proteínas plasmáticas por mil centímetros cúbicos. A nefrose lipídica abaixa consideravelmente a taxa, até 30 o/oo.

Em condições fisiológicas, a relação $\frac{\text{serina}}{\text{globulina}}$ é superior á unidade, porque maior o numerador. Pois bem, nos casos de nefrose lipídica a serina diminue, até 2,80, limite consignado na literatura. Pelo contrário, a taxa da globulina é por via de regra conservada; ás vezes eleva-se; raramente se abaixa. Portanto, o quociente albuminoso é menor; não raro invertido, isto é, inferior a 1; pode chegar a 0,17.

O aumento dos lipídios — colesterol, lecitina, ácidos gordurosos — não falha. Em particular, a hipercolesterinemia é um dos traços característicos da entidade nosográfica.

Uma advertência: a hipoproteïnemia e o aumento dos lipídios não são fenómenos privativos da nefrose em aprêço. De fato, podem ocorrer noutras nefropatias (rim amiloide, nefrite), se existe concomitantemente lipoidose do epitélio canalicular. Mas, em semelhante eventualidade, por via de regra, permanece discreto o distúrbio humoral.

Síndrome edematosa. — A síndrome edematosa é solene; não raro, a infiltração atinge o grau da anasarca.

Muitas vezes, instalam-se derrames cavitários, em geral nas pleuras e no peritôneo, de raro também no pericárdio. O líquido, pleural ou ascítico, é lactescente, pseudo-quiloso; centrifugando-se, o aspecto não se modifica; impressiona a negatividade da reação de Rivalta.

O motivo da edemacia, conforme teoria moderna, é o desequilíbrio onco-hidráulico, determinado pela hipoalbuminose sanguínea.

Sinais negativos. — Na sintomatologia da nefrose lipídica, avultam os tres sinais negativos, inscritos no esquema.

Microhematúria não se verifica, pois que, praticamente, são nulas as lesões glomerulares, como vimos em tempo oportuno.

A nefro-capacidade funcional, satisfatória, não permite que a síndrome azotêmica compareça.

Por sua vez, a ausência da síndrome hipertensiva é explicada pela anatomia patológica. Com efeito, capilaropatia não existe, em parte alguma, aqui ou alhures.

Apenas a nefrose gravídica se acompanha de hipertonia. E' que a toxicose, de origem fetal ou placentária, suscita ao mesmo tempo:

- a) espasmo arteríolo-capilar, motivo da hipertensão;
- b) um distúrbio metabólico, responsável pela edemacia e pelas lesões tubulares.

Assim, de maneira esquemática:

Nefropatia gravídica = Nefrose + Hipertonia espasmódica.

Patogenia. — A patogenia da nefrose lipídica tem dado margem a discussões.

Pretendem alguns patologistas que primeiro se instalam as lesões tubulares; que depois sobrevem a síndrome humoral e a edemacia; que, portanto, são secundárias as perturbações somáticas.

Pelo contrário, outros autores opinam que o distúrbio metabólico é primitivo e tudo mais mera consequência. Este modo de ver conta com a simpatia da maioria dos clínicos modernos, pelo menos no tocante á nefrose lipídica genuína. Basta dizer que Dewey já reproduziu a lipoidose tubular, experimentalmente, injetando uma emulsão de colessterina, por via endovenosa, muito dias sucessivos.

Diagnóstico. — Em face da sintomatologia, assás característica, é fácil o diagnóstico. Entretanto, impõe-se o discri-me com o rim amiloide e com as glomérulo-nefrites em que avulta a lipoidose concomitante. O primeiro caso é resolvido com o auxílio da prova do vermelho Congo, sôbre que discreatearemos daqui a um instante. A azotemia e a hipertensão arterial solucionam o segundo problema.

Com isto, não termina a tarefa. Importa ainda distinguir a nefrose lipídica primitiva das nefroses lipídicas secundárias. O critério, como sabeis, é a ausência ou presença de fator etiológico idôneo.

Advirta-se que a nefrose lipídica genuína, a luética e a gravídica costumam apresentar-se em estado de pureza. Pelo contrário, a tuberculosa, a neoplásica e a marasmática muitas vezes se associam a outras degenerações do epitélio tubular.

NEFROSE AMILOIDE

A sintomatologia da nefrose amiloide assim pode ser compendiada:

Sintomatologia	{	Albuminúria
		Sedimento quasi normal
		Hipoproteinemia
		Taxa normal da ureia sanguínea
		Poliúria
		Provas funcionais: magníficas
		Edemas
		Ausência de hipertensão arterial
		Diarreia
		Hepato-esplenomegalia
		Prova do vermelho Congo

Por via de regra, a *albuminúria* é intensa, atingindo 10-20-30 ou mais gramas por litro, se bem que possam ocorrer fortes variações de um momento para outro.

O *sedimento* é quasi normal. Com efeito, encontram-se apenas alguns leucocitos e raros cilindros, hialinos ou céreos; hemácias não existem. Sem embargo, nos casos de lipoidose tubular concomitante, comparecem granulações de gordura birrefringente, mais ou menos numerosas. Saiba-se ainda que é possível obter, em um ou outro cilindro, a reação metacromática, própria da substancia amiloide.

No plasma sanguíneo, duas comprovações são relevantes: a deficiência das proteínas e a taxa normal da ureia.

No tocante á *hipoproteinemia*, assinalemos os seguintes pontos: 1.º) é comum no período de estada; 2.º) no início do processo, pode ser precedida de hiperalbuminose transitória; 3.º) a diminuição dos protídios faz-se á custa da serina, de sorte que se comprova uma hiperglobulinemia relativa.

A taxa da *ureia* sanguínea não ultrapassa o limite fisiológico; até, amiude, encontram-se quantidades demasiado baixas, significativas de eliminação facilima das escórias azotadas.

A par da *hipoazotemia*, é encontradiça a *poliúria*, embora discreta. Entretanto, quando sobrevêm a diarreia, o individuo pode tornar-se oligúrico, em virtude da derivação intestinal.

As *provas funcionais* fornecem resultados magníficos. Os corantes são prontamente eliminados, antes mesmo do prazo normal, e a constante de Ambard é mais que satisfatória.

Assim, a *hipoazotemia*, a *poliúria* e as *provas funcionais* demonstram que não existe insuficiência renal. Antes pelo contrário,

o parênquima é permeável de maneira um tanto exagerada. De fato, jamais se observam acidentes de uremia vera, azotêmicos, salvo na fase de rim contraído. Sublinhemos que estamos tratando, por enquanto, da *nefrose* amiloide e não da *nefro-cirro*se correspondente.

Na maioria dos casos, instala-se a *síndrome edematosa*, mais ou menos acentuada. Motivo? O desequilíbrio onco-hidráulico, determinado tanto pela hipoalbuminose sanguínea, dependente do distúrbio metabólico, como pela anemia concomitante. Sem embargo, talvez o parênquima renal também intervenha, retendo cloreto de sódio, o que não está bem apurado.

Sinal negativo de grande importância é a *ausência de hipertensão*. A amiloidose, é verdade, acomete alguns ramos arteriais, mas não determina a capilaropatia universal. Portanto, não existe motivo para que se manifeste a hipertonia.

No período de estada, os doentes costumam sofrer de *crises diarréicas*. São atribuídas á amiloidose das artérias intestinais.

Na maioria das ocorrências, comprova-se *aumento do fígado e do baço*, onde também se deposita a substância amiloide.

Em clínica, o seguinte complexo — albuminúria intensa, hepatoesplenomegalia, funções renais satisfatórias e ausência de hipertonia — sugere a ideia de *nefro*se amiloide, se presente a etiologia idônea, isto é, doenças crônicas e debilitantes, supurações intermináveis, etc. Mas a certeza ha de buscar-se na *prova do vermelho Congo* ou prova de Benhold, que foi o primeiro a utilizal-a para o diagnóstico da amiloidose.

Baseia-se na propriedade que tem a substância amiloide de reter êste corante, por muito tempo, até durante meses, conforme se verificou em observações anátomo-patológicas.

A técnica, muito simples, é a seguinte:

1.º) Prepara-se um soluto de vermelho Congo a 1 %, em água redistilada; esteriliza-se a 100°; pode-se guardar na geladeira, até quatro dias;

2.º) Injetar numa veia, em jejum, 0,08 por quilo;

3.º) Decorridos 4 minutos, extrair 5 c. c. de sangue; no mesmo instante, o individuo deve urinar; temos assim duas testemunhas, ditas soro I e urina I;

4.º) O paciente ingere 300 c. c. de água ou de chá fraco;

5.º) Uma hora após, retiram-se mais 5 c. c. de sangue e o enfermo urina de novo; estas testemunhas intitulam-se soro II e urina II;

6.º) Comparam-se os soros e as urinas. Não é necessário o emprêgo do colorímetro.

Em condições normais, o vermelho Congo elimina-se lentamente pela bilis e pela urina. Assim, compreende-se, os soros I e II apresentam uma côr vermelha intensa; pelo contrário, as urinas I e II são amarelas.

Havendo amiloidose, o corante passa do sangue para os tecidos infiltrados. Portanto, o soro I é vermelho vivo, ao passo que o soro II é incolor; e as urinas I e II são amarelas.

No caso de nefrose lipóidica — importa advertir — o parênquima renal é anormalmente permeavel ao vermelho Congo. Assim, nesta eventualidade, o soro II é de um vermelho fraco e a urina II é escarlate.

Shapiro resume estas noções no seguinte quadro:

	Soro I	Soro II	Urina I	Urina II
Normal	Vermelho intenso	Vermelho intenso	Amarella	Amarella
Amiloidose	" "	Incolor	" "	" "
Nefrose lipóidica	" "	Vermelho fraco	" "	Vermelho intenso

NEFROSE NECRÓTICA

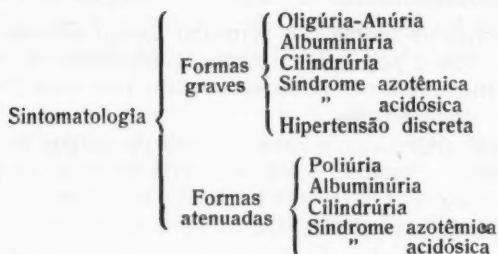
Recordemos a sua *etiologia*. Como ficou dito quando tratá-mos da anatomia patológica, as causas resumem-se em tóxicas e infecciosas.

Múltiplos são os tóxicos capazes: mercúrio, cantaridina, ácido crômico, bismuto, salvarsan, veronal, copaiba, cúbebas e muitos outros. Geralmente, as ocorrências clínicas são de envenenamento pelo sublimado corrosivo ou pelo oxicianeto de mercúrio. Munk acredita que os venenos insolúveis nos lipoides (sublimado, veronal, etc.) ocasionam de preferência a nefrose necrótica, ao passo que os soluveis (fôsforo, clorofórmio e outros) antes determinam a nefrose gordurosa.

Todas as moléstias infecciosas, de suma gravidade, por intermédio das respectivas toxinas, podem originar a nefrose necrótica; sobretudo a difteria, a febre tifoide, a cólera e as septicemias.

De modo geral, salvo excepções, a etiologia tóxica anda ligada á forma difusa, grave portanto. Pelo contrário, as infecções antes provocam a forma insular, benigna por consequência.

A *sintomatologia*, assim pode ser esquematizada:



Formas graves. — Nestas, a oligúria é acentuada, em virtude da necrose do epitélio secretor; amiude, instala-se a anúria absoluta.

A albuminúria e a cilindrúria são intensas.

A síndrome azotêmica assume, desde logo, feição tenebrosa; a taxa da ureia sanguínea alcança rapidamente 4 - 5 - 6 e mais gramas por mil. Este fato prende-se não só á retenção, como também ao hipercatabolismo, determinado pelo fator etiológico; basta atender á precocidade do fenómeno. Em suma, a hipera-zotêmia desta forma clínica é, ao mesmo tempo, renal e extra-renal.

Contemporaneamente, desenha-se a síndrome acidósica, o que se deve atribuir, sobretudo, á insuficiência renal e á desidratação provocada pelos acidantes digestivos, próprios do envenenamento.

Acresce uma hipertensão discreta, talvez dependente dum estímulo dos centros vaso-motores pelas escórias azotadas, retidas de modo subitâneo e violento.

Formas atenuadas. — Nestas, ao invés das precedentes, não raro sobrevêm uma poliúria, embora modesta. E' que — tratando-se anátomo-patologicamente de forma insular — os canaliculos integros funcionam de maneira vicariante e podem aumentar o volume urinário.

A albuminúria e a cilindrúria são aqui menos intensas.

A retenção azotada é menor, em virtude da integridade anatômica e funcional de grande parte do parênquima.

Por fim, a síndrome acidósica apenas se esboça ou torna-se solene, conforme as condições gerais dos indivíduos.

GLOMÉRULO-NEFRITE AGUDA

Sob esta rubrica inscrevem-se duas entidades anátomo-patológicas — a glomérulo-nefrite difusa aguda e a glomérulo-nefrite em focos de Volhard e Fahr. Assim se procede porque, muitas vezes, é impossível distinguir clinicamente uma da outra.

Etiologia. — Recapitulemos as causas. Pondo de lado os traumatismos, que são excepcionais e ineficazes sem a ajuda de microrganismos, e excluindo as nefrites “a frigore”, pois que a baixa da temperatura talvez atue apenas como fator predisponente, podemos dizer que a etiologia reside nas moléstias infecciosas. E’ sobretudo no decurso das anginas, escarlatina, reumatismo poliarticular agudo, otite, piodermites, etc., que se observa o aparecimento desta nefropatia.

Relevante é o papel da infecção focal, localizada nas amígdalas, raízes dentárias, seios cranianos ou alhures. Patologistas conceituados até afirmam que a glomérulo-nefrite aguda, durante a evolução das moléstias infecciosas gerais, é mera consequência duma infecção focal, que complica o processo primitivo. Assim, por exemplo, na febre tifoide e na difteria. Na primeira, o acidente renal inflamatório dependeria duma complicação supurativa, “verbi-gratia” vesicular; ao bacilo de Eberth seria atinente a nefrose tífica. Outro tanto na difteria: a glomérulo-nefrite aguda seria própria de infecções secundárias, que atingem as amígdalas na sua profundidade; e ao bacilo de Klebs-Loeffler corresponderia a nefrose diftérica.

Do exposto, parece que nem todos os germens se prestam para a gênese duma glomérulo-nefrite aguda. Consoante opiniões abalisadas, este papel estaria reservado ao estreptococo e ao pneumococo, sobretudo ao primeiro.

Na forma difusa, estas bactérias não atuam “in locu” e sim á distância, por intermédio das suas toxinas, a que se associam, provavelmente, as albuminas estranhas resultantes da necrose dos tecidos, na sede da infecção focal. Pelo contrário, na glomérulo-nefrite em focos, os microorganismos estão presentes nos capilares malpighianos, conforme parecer de Volhard e Fahr.

Sintomatologia	{	Oligúria
		Densidade baixa
		Albuminúria
		Hematúria
		Dissociação albumino-hematúrica
		Cilindrúria
		Síndrome edematosa
		” cloropéxica
		” azotêmica
		” hipertensiva

A *oligúria* é acentuada durante os primeiros dias. Depois, quando as lesões regredem, o volume urinário normaliza-se.

A *densidade* torna-se baixa, por via de regra, o que significa comprometimento do poder concentrador.

A *albuminúria*, constante, resulta da exsudação inflamatória. Indefectível também é a *hematúria*, macro ou microscópica. A histo-patologia interpreta este fenómeno. Como ficou dito em tempo oportuno, os novos malpighianos estão exsanguês ou encerram pouquíssimas hemácias; mas, num ou noutro glomérulo, as primeiras divisões da artéria aferente mostram-se congestionadas e resultam pequenas hemorragias, que se encaminham para o espaço de Bowmann. Eis como se explica a hematúria contemporânea da isquemia glomerular. Agora, como interpretar a hematúria tardia, aquela que por vezes surge na fase de melhora, quando franqueada a rede admirável? É que, durante o período isquêmico, se processaram degenerações no endotélio e no epitélio dos glomérulos de Malpighi, por falta de nutrição; os elementos assim degenerados, muito frágeis, portanto, cedem aqui ou acolá ao ímpeto da corrente sanguínea, e sobreveem extravasações, mais ou menos consideráveis.

Merece registro a *dissociação albumino-hematúrica*. Como sabeis, no caso de hematúria não inflamatória, a quantidade de albumina é proporcional ao número de glóbulos vermelhos. Aqui, pelo contrário, a albuminúria supera a eritrocitúria.

A *cilindrúria* é outro fenómeno constante. Dispensa comentários.

No esquema figuram quatro síndromes: a edematosa, a cloropéxica, a azotêmica e a hipertensiva. Vejamos.

A *síndrome edematosa*, geralmente, instala-se logo de início. Entretanto, na maioria das ocorrências, a infiltração é discreta e limitada, ao invés do que soe acontecer no decurso de certas nefropatias degenerativas — nefrose lipóidica e amiloidose renal.

Discutível é a patogenia destes edemas. Entendem alguns patologistas que se trata de simples retenção de cloreto de sódio, conseqüente às lesões do parênquima. Outros são de parecer que o motivo está na periferia, na rede dos capilares subcutâneos, acometidos de capilarite, responsável pela transudação. De fato, os edemas podem ser pregoeiros, isto é, podem preceder os sinais urinários; nesta eventualidade, a teoria extra-renal não admite contradição. Contudo, em tese, ambas as interpretações são conciliáveis.

Importa advertir que os edemas podem falhar, conquanto raramente. Neste caso, é eventual a *síndrome cloropéxica*, já descrita em aula pregressa.

A *síndrome azotêmica* apresenta-se de maneira variavel, consoante a forma anátomo-patológica: discreta e fugaz na insular, mais pronunciada e algo persistente na difusa.

A *síndrome* hipertensiva depende do embaraço arteriolo-capilar periférico, da capilarite aguda de Munk ou "capillaropathia universalis" de Kylin. Na gênese da hipertensão arterial pouco valem as lesões renais, como ficou dito quando tratámos da fisiologia patológica deste fenómeno. Dissemos então que a denominada glomérulo-nefrite é a princípio uma capilaropatia universal. Com efeito, muitos clínicos já surpreenderam o início da entidade mórbida e verificaram alterações capilaroscópicas e capilaroniétricas, a par de hipertonia, sem qualquer indício de acometimento renal; e mais tarde surgia a albuminúria, a hematuria, a cilindrúria e a hiperazotemia. Estes fatos não padecem contestações. Quando muito, poder-se-ia dizer que o mesmo fator etiológico lesa simultaneamente os capilares e os glomérulos. Aliás, em tais doentes, a manobra de Kammerer fornece amiude resultado positivo: friccionando-se o lóbulo da orelha, colhendo-se uma gota de sangue, depois estendida numa lâmina — verificam-se acúmulos de células endoteliais e de macrófagos, que se destacaram graças ao ligeiro traumatismo e que indicam a existência de lesões estenosantes nos capilares.

Por vezes, entretanto, a hipertonia não comparece no decurso da glomérulo-nefrite aguda. E' discreta, atenuada e regional a capilarite — eis o motivo.

GLOMÉRULO-NEFRITE SUBAGUDA

A denominada glomérulo-nefrite subaguda — também dita glomérulo-nefrite extra-capilar de Volhard e Fahr ou glomérulo-nefrite tumultuosa de Loehlein — é gravíssima. A azotemia alteia-se rapidamente; outro tanto se pode dizer da hipertensão; e o indivíduo — dentro de algumas semanas, quando muito ao cabo de alguns meses — é levado pelos acidentes urêmicos avassaladores e pela hipossistolia irredutível.

Uma advertência. Esta nefropatia é autônoma, clínica e anátomo-patologicamente. Não sucede á forma aguda e não chega á cronicidade. Noutras palavras, é *extra-capilar*, é *tumultuosa*, a bem dizer desde o início, e jamais se transforma em glomérulo-nefrite crônica. Assim, o epíteto de "subaguda" é abusivo e sugere ideias errôneas. Sem embargo, a força do hábito obriga á sua conservação.

GLOMÉRULO-NEFRITE CRÔNICA

A glomérulo-nefrite aguda, quando não se efetua a "restituição ad integrum", transforma-se em glomérulo-nefrite crônica.

A sintomatologia desta última assim se condensa:

Sintomatologia	{	Síndrome urinária	{	Albuminúria
				Cilindrúria
				Microhematúria
		{		
		Cloropexia		
		Azotemia muito lentamente progressiva		
		Hipertensão variável		
		Edemas discretos		

A respeito da síndrome urinária, não é mister insistir.

Os edemas são discretos, ou mesmo ausentes, salvo no tipo nefrófilo de Munk, quer dizer, glomérulo-nefrite crônica com lesões nefróticas muito acentuadas.

Terminado o período agudo, a capilarite regride e a pressão arterial, portanto, tende a normalizar-se. Mas, depois d'algum tempo, cessam as tréguas e o processo capilaropático, que parecia extinto, reacende-se pouco a pouco, em vários pontos do organismo. Consequência: a hipertonía manifesta-se de novo; a sua evolução, porém, é vagarosa e irregular, com avanços e recuos, consoante as alternativas do embaraço arteriolo-capilar periférico.

Por sua vez, as lesões do parênquima renal caminham a passos contados e, portanto, a azotemia é muito lentamente progressiva.

Acrescentemos a cloropexia, que se pode comprovar em alguns enfermos.

GLOMÉRULO-NEFRITE EMBÓLICA DE LOEHLEIN

Assim se denominam, como sabeis, as lesões consecutivas a embolias glomerulares, dependentes duma endocardite maligna.

A sintomatologia limita-se á síndrome urinária comum, isto é, albuminúria, cilindrúria e hematúria. A capacidade funcional não se compromete.

Esta nefropatia é destituída de interesse prático, pois que, no quadro clínico, predominam os fenómenos solenes da afecção primitiva.

Lembremos que a endocardite maligna pode provocar qualquer tipo de nefrite aguda, conquanto seja mais assídua a forma embólica de Loehlein. Aliás, casos existem em que se combinam as diferentes variedades anátomo-patológicas.

NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA

Nefropatia pouco frequente. A bem dizer, constitue surpresa de autópsia.

A expressão sintomática cinge-se á albuminúria e á presença de cilindros, leucocitos e hemácias no sedimento urinário. Por excepção, surgem edemas e instala-se uma síndrome azotêmica superaguda.

A etiologia, já sabeis, é representada pelas infecções, sobretudo pela escarlatina. Importa advertir que esta moléstia tanto pode ocasionar a nefrite intersticial como a glomérulo-nefrite, em focos ou difusa.

Por tudo isto, o diagnóstico é difficil ou problemático. De mais a mais, a infecção geral, sempre severa, relega a nefropatia em plana secundária.

NEFRITE PURULENTA DESCENDENTE

Recordemos as suas causas. As lesões dependem duma septicemia, primitiva ou secundária a moléstias graves — infecção puerperal, escarlatina, endocardite, carbúnculo, tifo exantemático, etc. Por vezes, o motivo reside em afecções aparentemente benignas — panarício, otite média, piodermite — quando os germens passam para o sangue. De modo geral, o estafilococo e o estreptococo são os responsaveis.

As funções renais não são muito comprometidas, salvo se os abscessos se tornam extensos e numerosos, reduzindo o campo secretor.

O diagnóstico será encaminhado:

- 1.º) pela noção do fator etiológico;
- 2.º) pela febre;
- 3.º) pela leucocitose sanguínea;
- 4.º) pela síndrome urinária, em que avultam a piúria e a bacteriúria.

NEFRITE PURULENTA ASCENDENTE

Quando a infecção se realiza em sentido inverso, do bacinete para o rim, sobrevem a nefrite purulenta ascendente ou pielo-nefrite. O discri-me com o tipo anterior, portanto, baseia-se no reconhecimento dum processo infeccioso que assim se comportou.

NEFRO-CIRROSE NEFRÍTICA

A nefro-cirroze nefrítica — também dita “rim contraído secundário” — sucede á glomérulo-nefrite crônica.

A sua sintomatologia, de maneira sintética, é a seguinte:

Sintomatologia	{	Síndrome urinária	{	Albuminúria
			Cilindrúria	
			Poliúria	
			Oligúria tardia	
			Hipostenúria	
		Nictúria		
		Síndrome azotêmica		
" hipertensiva				
" cloropéxica				
" acidósica				

Síndrome urinária. — A *albuminúria* e a *cilindrúria* não pedem comentários. Vamos adiante.

Ao invés do período correspondente á glomérulo-nefrite crônica — em que o volume urinário era normal ou diminuído — instala-se agora a *poliúria*. Motivo: o parênquima, não podendo secretar concentrando, procura desobrigar-se diluindo e elimina as escórias em veículo mais copioso.

Entretanto, em fase tardia, surge a *oligúria*, pois que, já então, não é mais possível o fenômeno da *poliúria* compensadora.

Vejamos a *hipostenúria*. Em condições fisiológicas, o parênquima renal concentra e dilue, conforme as necessidades do meio interno, variáveis de um momento para outro; portanto, o peso específico da urina oscila grandemente no curso do nictêmero. Mas, se o trabalho secretório é precário, se as duas grandes funções (concentradora e dilutiva) se tornam deficientes — uma linha horizontal, ou quasi, substitue a curva densimétrica. Esta incapacidade para concentrar e diluir, esta verdadeira “rigidez funcional”, este trabalho uniforme é o que se denomina “*hipostenúria*, reveladora de grave meiopraxia.

Consideremos agora a *nictúria*. No indivíduo em gozo de saúde, a secreção diurna representa 2/3 do volume nictêmico. Se a urina é emitida durante a noite ultrapassa a quota normal (1/3), se a sua quantidade emparelha com a diurna ou a supera — dizemos: *nictúria*.

Razão de ser dêste fenômeno: ante as sollicitações imperiosas do organismo, o emunctório trabalha sem esmorecimentos, dia e noite, noite e dia.

Não se confunda a *nictúria* com a *polaquiúria* noturna. Nesta, as micções são frequentes após as 22 horas, mas o volume total

não vai além de 400 ou 500 c. c.. E' estranha ás nefro-cirroses e depende de cistite, hipertrofia da próstata, tumor vesical, etc.

Ante o exposto, é evidente a insuficiência renal, compensada ou descompensada. Assim, supérfluas se tornam as provas funcionais. Algumas (provas da concentração e prova da diluição) até são perigosas. Contudo, se quizerdes, podereis praticar a prova da fenol-sulfonaftaleína, que é inofensiva. Constantemente, obtereis resultados desfavoráveis.

Síndrome azotêmica. — A síndrome azotêmica é engravescente.

Síndrome hipertensiva. — Outro tanto se pode dizer da síndrome hipertensiva, consequência do processo capilaropático periférico.

Síndrome cloropéxica. — Em várias ocorrências, também se comprova a síndrome cloropéxica, sobre cujos sinais e sintomas não é mister insistir.

Síndrome acidósica. — Por fim, em período pre-comatoso, crescem os elementos da síndrome acidósica, ensombreado a situação, já de si tenebrosa.

NEFRO-CIRROSE ARTERIOLO-ESCLERÓTICA

Sinónimo: "rim contraído genuíno", na terminologia de muitos autores.

A arteriólo-esclerose somática, sem comprometimento renal, traduz-se apenas pela síndrome hipertensiva. Com o tempo, porém, pouco a pouco, sorrateiramente, vão se estabelecendo as lesões próprias da nefro-cirrose arteriólo-esclerótica. A princípio, só a albuminúria se comprova.. Mais tarde, chega a vez da azotemia, aliás muito lentamente progressiva. Por fim, em período adiantado, a sintomatologia é igual, em tudo, ao quadro da nefro-cirrose nefrítica.

Como, então, estabelecer o discrimine entre as duas nefropatias? Problema difícil e por vezes insolúvel. Critério seguro, só um existe: a noção exata do passado mórbido. Assim, feito o diagnóstico retrospectivo duma glomérulo-nefrite aguda e conhecida a evolução da glomérulo-nefrite crônica — cabe a etiqueta de nefro-cirrose nefrítica. Pelo contrário, se a anamnese não apura a ocorrência progressiva de hematúrias ou se o médico assistiu a um longo período de hipertonia sem comprometimento renal — ajusta-se ao caso a rubrica de nefro-cirrose arteriólo-esclerótica.

NEFRO-CIRROSE ARTÉRIO-ESCLERÓTICA

A nefro-cirrose artério-esclerótica não costuma suscitar perturbações funcionais; assim, pouco nós interessa. Pondere-se que as lesões responsáveis tem por sede artérias relativamente calibrosas; que as zonas atroficas são limitadas; e que as partes íntegras, muitas vezes, desempenham a contento a tarefa secretória. Em suma, não se trata dum processo destrutivo difuso, como é o caso da nefro-cirrose arteriolo-esclerótica. Não admira, portanto, que falhem, por via de regra, as perturbações funcionais.

Alem disto, no decurso da nefropatia em aprêço, não se observa hipertensão arterial. Pois se o processo é das artérias grandes e médias, pois se não existe arteriolo-capilarite — assim tinha que ser.

Apenas se verifica albuminúria, aliás discreta, e no sedimento encontram-se alguns cilindros, hialinos e granulosos. Hemácias comparecem de quando em vez, traduzindo infartos, mais ou menos recentes.

O diagnóstico é encaminhado: 1.º) pela albuminúria ligeira; 2.º) pelo silêncio do sedimento; 3.º) pela ausência de hipertonia; 4.º) pela taxa normal, ou quasi, da ureia sanguínea; 5.º) pelo ateroma da crosse; 6.º) pelo endurecimento e sinuosidade das artérias periféricas.

NEFRO-CIRROSES MENOS FREQUENTES

Num estudo sintético das nefropatias médicas — ao lado das nefro-cirroses mais encontradiças, que são as tres já assinaladas — devem figurar outras ainda, menos frequentes. Enumeremos:

- 1 — Cianótica.
- 2 — Embólica.
- 3 — Trombótica.
- 4 — Nefrótica.
- 5 — Apostematosa.
- 6 — Específica.
- 7 — Poliquística.
- 8 — Litiásica.
- 9 — Hidronefrótica.
- 10 — Traumática.

A *cianótica*, de cuja existência muitos autores ainda duvidam, é raríssima, pois, no geral, os individuo sucumbem de assistolia, antes que se desenvolvam as lesões esclerosas.

A *embólica* pode ser suspeitada na seguinte conjuntura: dor nefrética, súbita e violenta, no decurso de afecções embolígenas; dor seguida de hematúrias; e acometimento unilateral da nefro-capacidade secretória.

A *trombótica*, por arterite obliterante, é achado de autópsia.

Pelo contrário, a *nefrótica* identifica-se em vida. Como estes lembrados, dois tipos se distinguem: o amiloidótico e o lipoidótico. A realidade do primeiro ninguém discute. O segundo é admitido por Munk, Volhard e Fahr, Masson, Susuki, Loewenthal e mais alguns.

O diagnóstico da nefro-cirrose amiloidótica baseia-se na superveniência da síndrome azotêmica nos casos em que já se comprovava a nefrose amiloide. Ao tipo lipoidótico aplica-se raciocínio análogo.

A nefro-cirrose *apostematosa* é resquício de nefrite purulenta; a *específica* deriva da inflamação luética, tuberculosa ou micótica; a *poliquística* liga-se á existencia duma infinidade de quistos na superfície e na profundidade do órgão; a *litiásica* sobrevem á calculose inveterada; na *hidronefrótica* redunda a pielectasia antiga; e a *traumática* é epifenômeno de contusão violenta.

Traço comum a estas nefro-cirroses é o acometimento da nefro-capacidade funcional. Pelo contrário, nelas jamais se comprova a síndrome hipertensiva, salvo na hipótese de lesões concomitantes, arteríolo-capilares.

NEFROPATIAS MIXTAS

Como sabeis, podem associar-se diferentes tipos de lesões re-nais. Em clínica, interessam sobretudo as seguintes combinações:

- 1.º) Glomérulo-nefrite aguda + nefrose;
- 2.º) Arteríolo-esclerose + nefrose;
- 3.º) Arteríolo-esclerose + glomérulo-nefrite aguda.

Glomérulo - nefrite aguda + nefrose — No caso de glomérulo-nefrite aguda associada á nefrose, ora predomina a primeira, ora a segunda, ora ambas se equivalem. Seja como fôr, desde logo impressiona a parceria de hematúria e lipoidúria.

Arteríolo - esclerose + nefrose — Na eventualidade de arteríolo-esclerose + nefrose, sobressae o seguinte conjunto: hipertonia com hipertrofia do ventrículo esquerdo, edemacia e albuminúria massiça.

Assim sendo, impõe-se o diagnóstico diferencial com a arteríolo-esclerose em fase assistólica. Mas, nesta hipótese, não se

comprova a eliminação de lipoides birrefringentes, a albuminúria não é tão intensa, os transudatos não oferecem aspecto leitoso e, *ultima ratio*, o quadro mórbido pode dissipar-se com o emprego da terapêutica tonicardíaca.

Arteriolo - esclerose + glomérulo - nefrite aguda. — Por fim, num arteriolo-escleroso pode sobrevir uma glomérulo-nefrite aguda.

Quando o indivíduo foi examinado antes da superveniência, dúvidas não cabem. Caso contrário, o juízo exato torna-se difícil, pois que o episódio agudo, por si só, explica a hipertoina.

Nesta eventualidade, a chave do diagnóstico está no coração. Com efeito, a arterio-esclerose suscita hipertrofia do ventrículo esquerdo, ao passo que a glomérulo-nefrite aguda apenas o dilata, pelo menos durante os dois primeiros mezes.

Como distinguir a hipertrofia da simples dilatação? A favor da primeira fala o choque cupuliforme da ponta. Pela segunda depõe a existência dalguns sinais de insuficiência ventricular esquerda.

Nos casos duvidosos, o critério é a evolução: assim, dissipa-se a síndrome urinária, e, não obstante, persiste a hipertonía.

A parceria — arteriolo-esclerose + glomérulo-nefrite aguda — deve ainda ser distinta da glomérulo-nefrite crônica. Naquela, com o tempo, normaliza-se o sedimento e, apesar disto, continua o processo hipertensivo.

Endereço: Rua S. Bento, 14.

CHLORO-ANEMIA
APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS
Exigir os Verdadeiros
Pilulas e Xarope
BLANCARD
de PARIS
Assinatura e Etiqueta verde.
POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

Sobre dois casos de asma cardíaca

Dr. José de Moraes Leme

Clinico em Espirito Santo do Pinhal.

Apesar dos progressos obtidos nos ultimos tempos, o tratamento da molestia asmatica em si continúa um problema, si não insolúvel, pelo menos ainda não resolvido praticamente.

Grandes foram as esperanças que fez nacer a descoberta da causa allergica dum certo numero desses syndromas; mas cedo se viu que nem tudo era choque anafilatico na asma, e que mesmo os casos que dependem de tal etiologia não são todos accessiveis á respectiva medicação e nem siquer sempre se descobre o antigeno responsavel.

Um novo passo, não resolvendo propriamente o problema, mas diminuindo-lhe o campo, consistiria na separação da "asma cardíaca" e da "asma uremica", que, no dizer de BEZANÇON e DE JONG (3), "não são syndromas asmaticos, mas syndromas dispneicos, que não têm os caracteres da crise de asma, porém são completamente diversos". De acordo com este ponto de vista, nem siquer o titulo da presente observação estaria certo, e deveriamos dizer: "sobre dois casos de dispnéa cardíaca"; não nos sentimos, comtudo, com autoridade para ir contra clinicos da envergadura de ANNES DIAS, por exemplo, que separa nitidamente a asma cardíaca das dispnéas que sobrevêm nos cardiacos insuficientes. Para este autor (4), a "dispnéa cardíaca" depende do esforço ou é continua (conforme o grau da insuficiencia), emquanto que a "asma cardíaca" (ou aortica, ou renal), dependente sempre da insuficiencia paroxistica do ventriculo esquerdo, com a particularidade de sobrevir durante o sono (quando, justamente, pelo repouso, não devia haver motivos para dispnéa), tem caracteres particulares, que dão a impressão perfeita de uma crise de asma bronquica.

E esta semelhança é tão grande que tem enganado os clinicos mais competentes: ainda recentemente RAVINA, sob o titulo "um falso asmatico", publicou interessantissima observação (6). Tratava-se dum doente portador de ectasia aortica, o qual tinha

crises asmáticas tão típicas que, hospitalizado dois anos antes de sua morte, por ocasião dum desses acessos, não despertou nos médicos que o assistiram a menor impressão de molestia circulatória — o que talvez lhe tivesse valido mais algum tempo de vida, com o tratamento oportuno que então receberia, e que de nada lhe valeu, por aplicado tardiamente, quando enfim foi feito o diagnostico exato.

Existam, porém, uma asma essencial e asma secundarias sintomaticas, ou trate-se, em todos os casos, de sindromas asma-tiformes de etiologia conhecida ou não, o fato é que, na maioria dos casos, ainda está acima das nossas possibilidades obter a cura da molestia asmática em si. Esperemos que os incessantes progressos da ciencia tornem bem cedo menos verdadeira esta nossa asserção; por enquanto, é inegavel que em bem poucos casos conseguimos a debelação definitiva do mal, que ainda permanece um mito para a generalidade dos doentes.

Si, porém, a cura da "molestia asmática" constitue a exceção, e a sua incurabilidade é a regra, na "crise asmática" o inverso se observa: via de regra é possível a obtenção do alivio desejado, sendo ecepcional a sua rebeldia ás terapeuticas ensaiadas.

Em geral, só quando a asma ainda não foi diagnosticada, ou o doente está em seus primeiros acessos, é dado ao medico receitar os paliativos em que os velhos asmáticos são doutores: fumigações, inalações, pulverizações, os pós com base de estramonio, sob variadas denominações farmaceuticas, os varios antiasmáticos, o especifico de Lancelot, as ventosas, secas ou sarjadas, etc.

Quando esses meios, e mais as classicas poções com iodureto, lobelia, etc., não são bastantes, é que cabe ao clinico lançar mão dos recursos heroicos — atropina, morfina, adrenalina, puras ou variadamente combinadas, reservando-se ainda outros meios, nem sempre mais eficazes (5), para os casos ecepcionalmente rebeldes.

Mesmo antes da teoria allergica da asma, mas principalmente após o advento desta, o diagnostico da crise asmática rebelde corresponde á injeção de adrenalina, salvas as contraindicações absolutas.

A administração da adrenalina, porém, acarreta alguns inconvenientes, que fazem restringir o seu emprego em certos casos.

Em primeiro lugar, notamos após ela, um grande numero de vezes, um tremor generalizado, que em certos doentes se prolonga por meia hora, e até mais. Não esqueçemos, a esse respeito, uma observação do inicio da nossa vida profissional, que nos ficou marcada na memoria: Clinicando havia pouco mais de mez, logo após a nossa formatura, na mesma cidade em que até o presente residimos, fomos chamado para ver um asmático antigo,

enfisematoso, de mais de quarenta anos de idade, presa, havia já tres dias, de crises subintrantes da molestia, de ecepcional intensidade, mesmo para ele, já habituado aos sintomas da afecção. Prevenido, logo de entrada, de que as injeções de adrenalina eram "o mesmo que agua" para o doente, não lhe produzindo efeito nenhum, quizemos assim mesmo tentar applica-la, supondo poder attribuir as falhas apenas á qualidade inferior do produto. Por isso, levando em conta tratar-se de doente já habituado á medicação, injetámos desde logo 1 mg. de adrenalina Parke Davis; não se fez esperar a aparição dum tremor generalizado intenso, que durou tres quartos de hora, periodo durante o qual o doente não cessava de bradar por socorro, acompanhado pelos circumstantes, que nunca haviam presenciado efeito semelhante. As nossas palavras tranquilizadoras pouco ouvidas foram, pois, como dissemos, estavamos no inicio da vida profissional e ainda não havíamos tido tempo para impor a nossa personalidade. Cessado o tremor, acabou tambem a crise asmatica, que não voltou durante seis mezes — fato inedito na vida do cansado enfermo.

Nos casos de asma (ou dispnéa) cardiaca, a adrenalina é egualmente util, seja pela sua ação estimulante do simpatico, que faz cessar o espasmo bronquico (cuja existencia, aliás, ha autores (7) que contestam de modo absoluto), seja pelo efeito des-congestionante, que a vaso-constricção da mucosa bronquica obtem, seja por ação direta sobre o coração insufficiente, que reforça. Aqui, porém, deve-se levar em conta a ação hipertensora do preparado, que pôde ser nociva nos casos em que já existe um certo grau de hipertonia, o que é de regra nas asmas cardiacas e renaes. A este respeito, infunde algum cuidado a seguinte observação de PASTEUR VALLERY-RADOT (8): "mulher de 45 anos, cujo estado geral era ecelente, aparelho circulatorio normal, funcionamento renal em perfeita integridade. Após uma injeção subcutanea de $\frac{1}{2}$ mg. de adrenalina, esta mulher teve um ictus, ao qual succedeu hemiplegia direita com afasia. As perturbações da palavra desapareceram, mas a hemiplegia persistiu".

Si, numa doente assim indene de taras, foi a adrenalina capaz de provocar perturbações tão grandes, com maior razão são elas de se temer nos asmaticos cardiacos hipertensos.

Além disso, a adrenalina raramente é ativa por via oral, nas crises asmaticas; o inconveniente nem sempre é grande, nas cidades e nos paizes pequenos, em que facilmente se encontra á mão pessoa habilitada para a administração de injeções; no nosso paiz, porém, em que a densidade de população em certos lugares é baixissima, pôde succeder que o doente se veja sem possibilidades de receber em tempo util a medicação que o alivia, si esta só puder ser applicada por via parenteral.

Por todos esses motivos, foi com natural alvoroço que se saudou a introdução da Efedrina na terapeutica da asma, com

as vantagens de ter ação mais doce, mas também mais duradoura que a da adrenalina, além de ser também ativa em ingestão; mais ainda se espalhou o seu uso depois que a Efedrina levogira natural se substituiu a Efetonina racemica sintetica, de propriedades muito pouco inferiores e de custo sensivelmente menor. E hoje o seu uso está universalizado, seja pura, seja combinada, como, por exemplo, o fazem ANGLADE e GAUDIN (1), que a associam á papaverina e á codeína, com o que dizem ter melhorado a tolerancia da efetonina (já de si bem grande) e potencializado os seus efeitos terapeuticos na sedação da crise asmatica.

*
* *

Inumeras são as observações publicadas do feliz efeito da Efetonina na asma bronquica comum; embora também a tenhamos prescrito com exito em taes ocasiões, vezes sem conta, não é sobre taes casos que pretendemos insistir. As observações que fazem o assunto deste ensaio são justamente de doentes de asma cardiaca com hipertensão, onde a applicabilidade da adrenalina sem perigo não era indiscutivel e onde a Efetonina deu otimos resultados, sem inconvenientes de qualquer especie.

Resumamos a primeira observação:

Argia R. A., italiana, casada, de 43 anos de idade, de profissão dona de casa. Teve onze filhos de termo, dos quaes dois faleceram em tenra idade, de perturbações intestinaes; teve também dois abortamentos de poucos mezes. Lembra-se de ter sido achacada do figado (colicas hepaticas) durante cerca de oito anos, e sofrido também de cistite (não sabe qual a causa) durante outro tanto tempo. Consulta em 17 de outubro de 1928, por dispnéas paroxisticas, assemelhando-se imenso a crises asmaticas, que a acometem principalmente á noite, com intervalos irregulares.

O exame somatico nada encontra para o lado do aparelho respiratorio; mas, á ausculta do coração, ouve-se, no foco aortico, um sopro diastolico doce de insuficiencia valvular; ha, além disso, pulsações sensiveis á palpação na furcula esternal e um esboço de dansa das arterias. Tensão arterial $14 \frac{1}{2}$ de maxima e 9 de minima. O resto do organismo parece são, não ha albuminuria nem edemas. Um atento interrogatorio não consegue estabelecer relação entre as crises asmatiformes e algo que possa ter tido como provocador de choque anafilatico. Apenas, algumas perturbações subjetivas caracteristicas do estado de pre-menopausa, embora as menstruações continuem a apresentar-se com a regularidade habitual.

Concluimos tratar-se de crises asmatiformes condicionadas pela aortite com insuficiencia aortica, com provavel interferencia da idade pre-critica na aparição e intensificação dos acessos. Medicámos em consequencia, para a molestia causal, nada prescrevendo de particular para as crises. Após isso perdemos a doente de vista durante cerca de um ano.

Em 31 de outubro de 1929, voltou ao consultorio. No intervalo, tinha corrido uma longa via sacra de consultorios medicos, nesta cidade

e na Capital do Estado, tendo tomado todos os específicos preconizados contra a asma bronquica, por via enteral e parenteral, e de tudo isso trazendo de aproveitavel, além dessa experiencia negativa, uma radiografia do torax, evidenciando a sanidade do parenquima pulmonar e da arvore traqueo-bronquica, e confirmando uma dilatação cilindrica da aorta. As crises asmatiformes continuavam sem alteração.

O exame somatico foi mais ou menos identico ao precedente, não tendo havido progresso nas lesões encontradas; a pressão arterial maxima era de 16 e a minima de 10; havia de novidade nitidas perturbações dismenorreicas, do tipo peculiar á idade critica. Continuava ausente a albumina das urinas e ainda não existiam edemas.

Com base nos elementos de que dispunhamos, confirmámos o diagnostico precedente de "crises dispneicas asmatiformes consequentes a aortite com insuficiencia aortica, com perturbações endocrinas da premenopausa".

Prescrevendo a opoterapia indicada no caso, tratamento específico e hipotensor para a aortite, cuidámos agora de dar alivio ás crises asmaticas, que persistiriam (e persistiram) pelo menos por um certo tempo, ainda que o tratamento causal devesse surtir efeito, como de fato surtiu.

Residindo a doente fóra da cidade, tornava-se pouco pratico receitar injeções de adrenalina desde logo, as quaes, de resto, viriam talvez agravar a hipertonía já existente (muito embora, segundo ainda ANNES DIAS (4), seja justamente a hipotensão do sono a causa do desencadear das crises asmaticas nestes casos).

Recorremos, por isso, á efetonina, cuja fórmula farmaceutica por via oral a esse tempo só constava dos comprimidos dosados a 5 cg.; mandámos que, na hora da crise, a doente tomasse $\frac{1}{4}$ de comprimido cada 15 minutos, até obter sedação ou até atingir, no maximo, dois comprimidos (10 cg.) do medicamento.

Foi ecepcionalmente feliz a evolução deste caso; só na primeira vez em que fez uso da efetonina tomou a doente $\frac{3}{4}$ de comprimido; nos acessos seguintes, bastou $\frac{1}{2}$ pastilha, rareando as crises a tal ponto que, da data acima indicada (outubro de 1929) até fins de 1930, só foram gastos 15 comprimidos de 5 cg. Desde meados de 1931 até o presente, as crises não voltaram, tendo a doente suportado muito bem a passagem da menopausa e estando a lesão aortica perfeitamente compensada: mal se nota o sopro diastolico da insuficiencia valvular, sem acusar a paciente perturbações de qualquer especie.

*
* *

Depois disso, mais de uma vez temos receitado a efetonina, não só nas crises asmaticas, bronquicas ou cardiacas, como também nas simples dispnéas das cardiopatias descompensadas.

Tivemos um segundo doente, também muito interessante:

João P. R., lavrador, brasileiro, de cerca de 70 anos de idade; consulta por esclerose cardio-renal, com hipertensão moderada (15-7) no inicio do nosso tratamento, e depois com pressão normal (12 $\frac{1}{2}$ -5 $\frac{1}{2}$), ao entrar no periodo de descompensação franca, com edemas, cada vez mais abundantes, até a anasarca e a morte.

Esse doente apresentava crises dispneicas acentuadissimas, tanto diurnas quanto noturnas, tão semelhantes á asma bronquica comum que um colega de grande clinica de cidade maior (Campinas), consultado por elas, prescreveu injeções endovenosas de Thevix, que, como se sabe,

são exatamente preconizadas no tratamento da asma chamada essencial; não é preciso dizer que tal medicação só fez piorar o estado do nosso doente.

Pois bem: durante quasi dois anos em que o tratámos, a medicação teve que ser quasi toda por via oral, eceto poucos mezes antes da morte, quando concordou ele em atender nossos conselhos de se mudar de vez para a cidade, dada a falta de recursos na propriedade agricola em que residia. Por ocasião das crises dispneicas, não atuavam *per os* nem a coramina, nem o cardiazol, nem a digitalina, nem mesmo a digibaina ou a uabaina pura; mas o alivio era sempre obtido com um ou dois quartos de comprimido de efetonina (de 5 cg.), no principio, chegando depois a ser necessario um e até dois comprimidos por vez. Não é preciso dizer que, além dessa therapeutica das crises asmatiformes, foi ministrada a medicação banal das crises hiposistolicas (drasticos, digitalização, etc.), quando era o caso delas, ou a medicação de entretenimento, nos periodos de compensação.

* * *

Taes são os casos que achámos interessantes referir por muito instrutivos, principalmente o primeiro, em que se obteve praticamente a cura da paciente, pois já faz mais de quatro anos que as crises asmaticas não se repetem.

Poderíamos alinhar outras, e numerosas observações, de asma comum ou cardiaca, igualmente aliviadas pela efetonina, mas sem as circunstancias de palpabilidade e duração dos efeitos obtidas nos dois casos acima relatados.

Endereço: Espírito Santo do Pinhal (S. Paulo).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANGLADE (M.) e GAUDIN (O.) — Sobre uma nova associação medicamentosa no tratamento sintomatico da asma — Société de Thérapeutique, sessão de 1 de outubro de 1933 — in *Presse Médicale* 1933, pag. 1674.
2. BEZANÇON (F.) — Ultima palavra sobre a asma — *Journal de Médecine de Lyon*, 1933, pag. 397 — resumido in *Gazeta Clinica*, 1933, pag. 347.
3. BEZANÇON (F.) e JONG (S.-I. DE) — Asma — *Précis de Pathologie Médicale*, tomo III (Aparelho respiratorio), 2.ª edição, 1931, pag. 190.
4. DIAS (ANNES) — Patogenia da asma cardiaca — *Lições de Clinica Medica*, 2.ª série, 2.ª edição, 1931, pag. 51.
5. MAURIAC (PIERRE) — Crises de asma e abcesso de fixação — *Presse Médicale*, 1934, pag. 1521.
6. RAVINA (A.) — Um falso asmatico — *ibidem*, pag. 403.
7. SEDILLOT (JACQUES) — Os pulmões do asmatico — *Le Monde Médical*, ano XLV, n. 867, de 15 de julho de 1935 — resumido in *Publicações Medicas*, n.º 74 (ano VII, n.º 3-4), de outubro-novembro 1935, pag. 31.
8. VALLERY-RADOT (PASTEUR) — Do perigo das injeções de adrenalina em dose forte — Société Médicale des Hopitaux (Paris), sessão de 7 de março de 1930 — in *Presse Médicale*, 1930, pag. 390.

Prevenção do cancer da vesicula biliaria (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio
Santa Catharina.

Na prophylaxia do Cancer, ao se encarar o capitulo rotulado com a denominação de "précancer da vesicula biliaria", cumpre averiguar, como ponto inicial de estudo, quaes as causas que são apontadas como desencadeadoras da molestia. Nesse capitulo, como em outro qualquer da Oncologia, ao lado de circumstancias especiaes e inherentes a cada orgam, outras ha, de ordem geral, que merecem ser ponderadas sempre que se cuida do assumpto. A idade, a alimentação, o modo de vida, a raça são condições personalissimas dignas de attenção, emquanto que tambem o logar de residencia deve ser collocado em destaque ao se fazer uma apreciação generica das causas favorecedoras da eclosão do cancer. Ao passo que Roffo confere importancia primaz ao typo de alimentação, conforme tivemos oportunidade de ouvir de sua bocca, é, por outro lado, sabidamente consagrado o facto de que certas regiões são mais cancerigenas que outras. Na Europa, os povos do norte são mais predispostos que os do sul, numa escala gradativa, tanto que, na França, a proporção é de 100 cancerosos nas provincias do sul, para 104 nas do centro e 220 nas do norte, e na Italia os numeros variam de 35-40 obitos por 100.000 habitantes no sul para 90-106 no norte do paiz. Si em Calcutá o coefficiente de obitos por cancer não alcança 1 por 100.000 habitantes, em São Paulo elle attinge a 50 e em Munich e Hamburgo ultrapassa a 200! Do conceito de zona quer se restringir para o conceito de natureza geologica. Entre nós, João Lombardi colligiu dados impressionantes para demonstrar que nas cidades situadas em terrenos de uma determinada formação geologica a incidencia do cancer é muito maior do que em cidades edificadas em faixas de formação geologica differente. Seria, possivelmente, a influencia de emanações desprendidas do

(*) Contribuição enviada ao Congresso Brasileiro de Cancer, Rio, novembro de 1935.

solo. Ainda uma limitação maior se esboça: as correntes subterraneas teriam o poder de despertar a proliferação cancerosa em individuos que costumassem receber, intermitentemente — durante a noite, no leito — o influxo de uma particular energia vibratoria de que seriam a fonte. São sobremodo interessantes, nesse assumpto, os estudos feitos entre nós por Alfredo Ernesto Becker.

Deixando a questão geral para focalizar o caso especial do cancer da vesicula biliaria, cumpre-nos indagar quaes as condições especiaes que podem ser apontadas como responsaveis pelo desenvolvimento da molestia. Sobresalta, em primeira plana, a lithiase. Si a presença de calculos em vesiculas cancerizadas não é uma regra absoluta, é, porém, bastante elevada a incidencia da calculose nas vesiculas encontradas com cancer. Vejamos a avaliação dos autores:

Incidencia da calculose nas vesiculas cancerizadas.		Incidencia da calculose nas vesiculas cancerizadas.	
Judd e Gray	64,6 %	Zenker	90%
Musser	69%	Blumer	90%
Futterer e Haberfeld	70,0 %	Fabrus	90%
Boyd	80 a 90%	Savy	90%
Papin	80 a 90%	Fredmann	92,5 %
Frerich	82%	Ducuing	94%
Dela Vale	82%	Judd e Baumgartner	94%
Eurico Bastos	84,6 %	Siebert	95%
Courvoisier	88%	Moynhian	95%
Deawer	88%	Janowski	100%

Diante desses numeros, é aceito como certo o papel desencadeante da lithiase vesicular. Influiram, sem duvida, para se firmar esse conceito, as pesquisas de Lentze no sentido de provar que, praticamente, a cholelithiase é sempre primaria. A calculose age como um irritante continuado, resultando um processo proliferativo, que evolue para a papillomatose e consequentemente transformação cancerosa (Piragibe Nogueira). Experimentalmente se obteve porcentagem apreciavel de cancerização introduzindo na vesicula seixos, calculos e fragmentos de alcatrão (Leitch). Não obstante taes verificações, autores ha que negam qualquer interferencia entre cancer e calculose, allegando o facto de ser a cholelithiase uma affecção muito frequente emquanto que o cancer da vesicula é relativamente raro. Menos aceitavel ainda é o ponto de vista de alguns autores que se inclinam a acreditar que “a formação dos calculos pode tambem sobrevir secundariamente em uma vesicula cancerada, porque os productos de degeneração do carcinoma podem provocar na bile o inicio da precipitação calcuosa” (Körte). Esquecem elles, po-

rém, que o calculo necessita de um certo tempo para se formar e que o cancer da vesicula tem uma evolução relativamente rapida. Fica, pois, de pé o conceito de que a cholelithiase é um factor desencadeante do cancer da vesicula. E' uma lesão precancerosa. Esposando essa idéa, já os irmãos Mayo haviam fixado os seguintes pontos:

1.º — Quasi sempre se encontram calculos nos casos de carcinoma primario da vesicula biliaria e não nos secundarios.

2.º — A desproporção relativa na existencia do carcinoma e da lithiase entre o homem e a mulher é praticamente a mesma; e

3.º — As lesões pathologicas encontradas melhor se explicam pela theoria da irritação.

Assente a influencia da lithiase, é preciso dizer que nem todos acceitam a explicação dos que julgam agir o calculo tão só por uma acção mecanica. Aventou-se a hypothese de que teria valor a radio actividade que eventualmente tivessem os calculos. Barlow chegou a encontrar calculos radioactivos em vesicula cancerizada, mas Delbet e Godard receberam resultado negativo do exame a que mandaram proceder em calculos retirados de vesicula cancerosa. Seja qual fôr a maneira de agir, o que convem é remover as vesiculas lithiasicas com o fito de prevenir o cancer. Contra o aconselhar-se a cholecystectomy em vesicula lithiasica pelo simples facto de que é um estado precanceroso rebela-se Erdmann, sob o argumento de que a mortalidade operatoria na lithiase (2,85 % em seus 525 casos) é maior do que a incidencia do cancer na vesicula (1,14 % nos seus 525 casos). Comtudo, a maioria das estatisticas mostra que a incidencia da cancerização nos casos de cholelithiase é bem maior que a apontada por esse autor. Senão, vejamos:

AUTORES

Incidencia da canceriza-
ção nos casos de chole-
lithiase

Erdmann	1,14%	Quirno	6,13%
Eurico Bastos	2,29%	Riedel	7 a 8,00%
Kehr	3,00%	Graham	8,5 %
Rolleston	4,5 %	Mayo Robson	10,0 %
Moynhian	5,00%	E. Gioja	12,5 %
Lentz	5,1 %	Sherill	14,00%
Mayo	5 a 7,00%	Schoroder	15,0 %

Assim, si a porcentagem da cancerização das vesiculas lithiasicas é maior do que a porcentagem da mortalidade operatoria, é obvio que se deve prescrever a cholecystectomy não só pelas perturbações costumeiras da lithiase (colicas, infecções,

gangrena, perfurações, reumatismos, etc.), mas também pela possibilidade de uma futura cancerização, não obstante o parecer autorizado, talvez isolado, de Erdmann.

Indo mais longe, devia o oncologo prevenir a propria lithiase. E, nesse particular, cumpre-lhe aconselhar o tratamento prompto e intensivo das affecções das vias biliarias, extendendo ainda a sua acção prophylactica com prescripções hygienicas e medicamentosas capazes de manter o estado hygido dos intestinos, que, por sua vez, como é sabido, condiciona, em geral, a preservação da vesicula. E' digno de registo que o alcoolismo é condição desfavoravel á occorrença da lithiase vesicular. Emquanto as autopsias accusam uma percentagem de 12 a 25 % de individuos calculosos, nos cirrhoticos e grandes ethylicos esses numeros descem para 3,5%. Desses factos Dufour conclue que o alcoolismo é uma condição desfavoravel ao apparecimento da lithiase, mas, não obstante, se recusa a aconselhar o uso immoderado do alcool apesar de suas propriedades antilithiasicas, que elle explica pelo facto de augmentar a solubilidade da cholesterina. No terreno do cancer tambem não seria de aconselhar-se o abuso do alcool, pois é conhecida, e Roffo friza bem isto, a grande percentagem de alcoolatras entre os cancerosos, principalmente os do estomago. Demais não se deve esquecer a 5.ª conclusão da 2.ª Reunião da Confederação Latino Americana para o Estudo do Cancer (Montevideo, 1931) e que é a seguinte:

"Como consequencia dos estudos actuaes, é aconselhavel orientar a prophylaxia do cancer no sentido de serem evitados as irritações chronicas, o fumo, o *alcool*, etc. e os excessos dieteticos".

Passando a outras causas que têm sido apontadas como possiveis desencadeadoras do cancer da vesicula, cumpre-nos assignalar, logo após a lithiase, a inflamação chronica da vesicula. Eurico Bastos diz textualmente: "... a prophylaxia, que se obtem operando precocemente as vesiculas atacadas de inflamação chronica com ou sem calculos desde que se mostrou inefficaz o tratamento conservador, principalmente si ha na ascendencia do paciente casos de cancer". Assim, não só na lithiase, como nas cholecystites resistentes á medicação apropriada a extirpação do organo deve ser aconselhada. Erdmann tambem aponta a presença de papillomas e o deposito de lipoides da chamada vesicula morango como estados precancerosos. E, para terminar, cumpre-nos registrar, pelo menos como um dado historico ou como simples curiosidade, que Crouvoisier accusava o uso do espartilho, pela compressão continuada que determinava, como uma das causas predisponentes do cancer da vesicula biliaria.

Diante de tudo isso, a questão da prevenção do cancer da vesicula poderá ser synthetizada nas seguintes

Conclusões:

1. — Dada a porcentagem relativamente grande da cancerização da vesícula em casos de lithiase, deve-se aconselhar a cholecystectomy em todos os casos de calculose vesicular, não só pelas perturbações que geralmente acarreta, como também por ser considerado um estado precanceroso.

2. — Sob o ponto de vista oncológico são razoáveis as medidas aconselhadas com o fim de prevenir a lithiase vesicular, principalmente aquellas que dizem respeito á hygiene dos intestinos.

3. — Deve-se aconselhar a cholecystectomy também nos casos de inflamação chronica que não cede ao tratamento clinico.

Endereço: Caixa Postal 1.574.

AUTORES CONSULTADOS:

Alfredo Ernesto Becker: "A rhabdomancia e sua applicação na defesa da saude" Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXX, 271, setembro de 1935.

Annuario Demographico de S. Paulo, XXXVI, 1929: mortalidade por cancer em diferentes cidades.

Berkeley Moynihan: "Abdominal operations" Saunders, Philadelphia, II, 336, 1926 — 4.^a edição.

J. Ducuing: "Précis de Cancerologie" Masson, Paris, 1932.

Duplay, Rochard, Demoulin e Stern: "Diagnostico quirurgico", Salvat Editores, Barcelona, 580, 1933.

Erdmann: "Malignancy of the gallbladder", Annals of Surgery, CI, 1139, maio de 1935.

Eurico Bastos: "O cancer primitivo da vesícula biliar" Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 353, abril de 1934.

Eurico Branco Ribeiro: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar". Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXVII, 431, abril de 1934.

Everts A. Graham: "Prevention of carcinoma of gallbladder" Annals of Surgery, Chicago, XCIII, 317, janeiro de 1931.

E. Gioja: "Cancer of the gallbladder" — resumo em Graham's "General Surgery, 1932" The Year Book Publishers, Chicago, 556, 1933.

Giovanni Maria Rosario: "Ricerche cliniche ed istologiche su di un caso di cancro primitivo della cistifellea". — La Clinica Medica, Milano, LXIV, 1133, dezembro de 1933.

Henri Dufour: "De quelques conditions favorables (loges) et défavorable (alcoolisme) á la production des calculs biliaires", Congrès international de la lithiase biliaire, II, 237, Vichy, 1932.

João Lombardi: Trabalho apresentado ao Congresso Brasileiro de Cancer do Rio de Janeiro, novembro de 1935.

Körle: "Traumi ed affezioni chirurgiche del fegato, della cistifellea, del pancreas e della milza" em "Errori diagnostici e terapeutici e criteri per evitarli" coleção Schwalbe, Chirurgia, Francesco Vallardi, Milano, II, 1050, 1932.

Nicetoro e Pittard: "Considerations sur le rapports présumés entre le cancer et la race d'après l'étude des statistiques anthropologiques

et medicales de quelques pays d'Europe", Liga das Nações 1926 — citado em "Rassegna Clinico Scientifica", Milão, VII, 1527, 15 de novembro 1929.

Norberto Quirno, Ernesto Rottier e Ramon Latienda: "Cancer primitivo de la vesicula biliar", La Prensa Medica Argentina, Buenos Aires, XX, 1879, 30 de agosto de 1933.

E. Papin: "Cholecystite calculeuse et cancer de la vesicule biliaire" Revue Med. Chir. des Maladies du Foie, V, maio-junho de 1930.

Piragibe Nogueira: "Cancer primitivo em vesicula biliar não calculosa", Revista da Associação Paulista de Medicina, S. Paulo, V, 145, setembro de 1934.

A. H. Roffo: "Memoria Anual del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y tratamiento del Cancer", Buenos Aires, 1929, 1930.

P. Savy: "Précis de Pratique Médicale", 2.^a edição, Gaston Doin, Paris, II, 585, 1922.

E. Starr Judd e Conrad J. Baumgartner: "Malignant lesions of the gallbladder", Collected papers of the Mayo Clinic, Saunders, Philadelphia, XXI, 147, 1929.

E. Starr Judd e H. K. Gray: "Carcinoma of gallbladder and bileducts", Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, LV, 308, setembro de 1932.

William Boyd: "Surgical Pathology" 2.^a edição, Saunders, Philadelphia, 415, 1929.

William Mayo e Charles Mayo: "Cirurgia del higado, vesicula biliar e vias biliares", cap. L. da "Keen's Cirugia" Salvat, Barcelona, III, 988, 1927.

GLYCOSORO

© melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção clhoretada
Uma injeccão diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Grosz
Rio de Janeiro

ORGANIZAZIONE VANASIA

Livros — Fornece livros e revistas medicas de todo o Mundo

Apparelhos para Raios X, diathermia, ultra-violeta, electro-cardiografia, etc.

Traducções de artigos a L. 5 a pagina, serviço rapido.

Publicidade — Encarrega-se da distribuição de annuncios para todas as revistas do Mundo.

SANTO VANASIA — 16, Via Accademia — Milano, Italia

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1 DE FEVEREIRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Dermatite seborrheica - DR. MORRIS MOORE. — Na ordem do dia, o dr. Morris Moore, mycologista do "Barnard Free and Cancer Hospital", de São Luiz, do Missouri, fez uma interessante conferencia sobre "dermatite seborrheica", illustrada com a projecção de grande copia de dispositivos, tendo o orador terminado a sua conferencia com as seguintes conclusões :

1) Cultivamos um organismo que tem todos os caracteristicos

do organismo que se encontram nas ecamas de uma dermatite seborrheica ; 2) As inoculações experimentaes no homem produzem lesões que macroscopicamente não se podem distinguir das da seborrheia clinica ; 3) Microscopicamente uma secção histologica da dermatite experimental simula a da dermatite seborrheica ; 4) O numero de cogumelos das lesões é proporcional á extensão da infecção. — Dr. Durval Marcondes, secretario.

SESSÃO DE 15 DE FEVEREIRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Tratamento da obesidade pelo alpha dinitrophenol 1-2-4. Seus effectos sobre o metabolismo basal. — DRS. VASCO FERRAZ COSTA e THIERS FERRAZ LOPEZ. — Os AA. relatam os resultados por elles obtidos em casos de obesidade pelo alpha-dinitrophenol 1-2-4 e confirmam no nosso meio os resultados obtidos

pelos demais autores estrangeiros. Passam em revista as principaes contra-indicações, frisando a necessidade que ha de o tratamento ser sempre feito sob a vigilancia medica para que o phenomeno de intolerancia pelo medicamento seja tomado em consideração a tempo e se evitem, assim, casos de accidentes. Não se considerando os

IODEFIS

IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS AN URÉTICOS COM 66,8% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

casos de intolerancia julgam ser o medicamento inoffensivo, desde que as doses usadas sejam não superiores a 0,004 grs. por kg. de peso, podendo o medicamento ser usado por mezes seguidos, geralmente 2 a 3. Passam em revista os resultados obtidos que quasi sempre são de uma perda de peso que oscilla entre 2 a 3 kgs. por mez, sendo portanto de efeito lento. Esta perda de peso corresponde geralmente a um augmento do metabolismo basal que oscilla entre 20 e 30%.

Passam em revista, percorrendo a literatura, os seguintes pontos a mais: 1.º, composição chimica; 2.º, dose optima; 3.º, toxides; 4.º, acção pharmacologica; 5.º, casos fataes; 6.º, contra-indicações; 7.º, indicações; como conclusões dizem: O alpha dinitrophenol 1-2-4 é um poderoso estimulante do metabolismo basal, acarretando queimas organicas.

O seu emprego não offerece perigos, desde que as doses sejam taceadas em cada doente, de accordo sempre com os seus caracteristicos morphologicos e physiologicos. Para se pesquisar a tolerancia dos doentes pelo medicamento deve-se iniciar a cura com doses pequenas, augmentando-se progressivamente depois de alguns dias de constancia nas doses anteriores, observando-se rigorosamente o pulso, pressão arterial, temperatura e sensações estranhas, se apparecerem, principalmente, sensações pruriginosas a administração deverá immediatamente ser suspensa, pois com o medicamento é esta a sensação que indica o inicio de uma intoxicação e é um signal de intolerancia de primeira ordem e mostra necessidade da immediata suspensão de sua administração. A 0,004 grs. por kg. de peso são sufficientes para estimular o metabolismo sem perigos para a saude.

Acima dessa dose será perigoso e inutil insistir, mesmo porque as estatisticas até agora apparecidas mostram que 10% dos casos são mesmo refractarios á acção da dose. Aconselha-se um periodo de

tratamento de 2 mezes, intercalado com um mez de repouso, podendo-se repetir o plano de tratamento varias vezes. Em todos os casos fataes as doses estiveram, ao que consta dos trabalhos consultados pelos AA., além de 0,005 grs. por kg. de peso, em fim; o alphadinitrophenol 1-2-4 só deve ser usado sob rigoroso controle medico, assim mesmo quando o clinico usar de toda a prudencia, principalmente quando quizer augmentar a dose medicamentosa, lembrando-se sempre de que não deve ultrapassar de 0,004 grs. por kg. de peso.

Idéas actuaes sobre a prophylaxia do trachoma — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. após referir os diversos aspectos do problema em diferentes paizes, focalisa a questão da prophylaxia do trachoma em São Paulo, estudando os varios factores que contribuem para a disseminação da doença.

Mostra a importancia do fóco familiar responsavel, pela qual a endemia deve ser combatida. Inclina-se para o aproveitamento dos elementos locais para coope-rarem nos trabalhos de prevenção, contribuindo financeiramente e fornecendo o pessoal, que seria recrutado entre os elementos da classe medica local e do professorado.

Baseado em estatisticas que demonstram ser o trachoma o causador de 14% dos casos de cegueira em São Paulo, conclue por evidenciar a conveniencia mesmo do ponto de vista economico, de ser combatido o trachoma.

A comunicação mereceu comentarios de parte do dr. Ovidio Pires de Campos que suggeriu a idéa do assumpto em apreço ser amplamente divulgado, não somente pela imprensa medica, mas também pela imprensa leiga, visto tratar-se de um trabalho que focalisa as idéas actuaes para a solução de um dos magnos problemas sanitarios qual seja o trachoma. — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO, secretario ad-hoc.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. FAUSTO GUERNER.

Valor da tomada da pressão retiniana nos casos de hipertensão craneana — DR. J. CANDIDO DA SILVA. — O methodo de avaliação da pressão na arteria ophtalmica proposto por Boëllaird tende a occupar logar de grande destaque na pratica. A excellencia de sua applicação decorre da facilidade com que pôde ser praticada, da objectividade na constatação e, sobretudo, de sua grande precocidade.

Ao contrario da estase papillar que se apresenta tardiamente e que, em certas localizações tumoraes, accusa porcentagem muito baixa, a hipertensão na arteria ophtalmica é obrigatoria em todos os casos.

A medida da pressão érealizada pela verificação do pulso retiniano, observado directamente nos batimentos da arteria central da retina. Para isso Bailliard creou um engenhoso aparelho denominado ophtalmo-dynamometro. O manejo é simples e consiste fundamentalmente na pressão que com elle se exerce sobre o globo ocular. A certa altura a arteria começa a pulsar. Retira-se o aparelho e lê-se no quadrante a cifra indicada pela agulha. Esta corresponderá á pressão diastolica retiniana ou pressão minima. Volta-se então, a comprimir o globo mais fortemente. O pulso apparece novamente e a cifra denunciada pelo quadrante será a da pressão maxima ou systolica.

Antes de agir com o ophtalmo-dynamometro, é necessario verificar a tensão ocular pela tonometria, bem como eliminar qualquer possibilidade de hipertensão geral, pois neste caso o resultado da pressão retiniana ficará prejudicada. Eliminado o factor emoção, que sempre eleva a pressão, e a arterio-esclerose ocular, temos o conjunto geral das contra-indi-

cações para o emprego do methodo de Bailliard nos casos suspeitos de hipertensão craneana. Fóra dahi, toda cifra superior a 30 para a minima e 60 a 75 para a maxima, pode ser considerada pathologica.

Commentarios. — O dr. Henrique S. Mindlin diz que achou muito interessante a comunicação, principalmente pela clara exposição do assumpto tendo o dr. Candido Silva feito bem em se referir á difficuldade do diagnostico dos tumores cerebraes quando a symptomatologia é incompleta. Com o processo por elle apresentado não se precisa esperar que appareça o edema da papilla para confirmação do diagnostico e pode-se assim intervir mais precocemente, o que melhora o prognostico desses casos.

O dr. Fausto Guerner diz que a conferencia foi muito util porque o assumpto não tem sido sufficientemente debatido no nosso meio e no emtanto esse methodo é muito util para o diagnostico dos tumores cerebraes. Nos casos de suspeita de tumor cerebral é necessario precisar o diagnostico pelo exame ophtalmologico que é como uma contra prova do exame clinico; só então é que se cogita da intervenção cirurgica. Ora, esse exame falha muitas vezes no inicio da molestia; era preciso que se obtivesse um methodo, que desse indicações mais precoces, quando a hipertensão ainda não está muito avançada. A prova da medida da pressão da arteria da retina vem preencher esta lacuna. Além disso essa prova dá resultados antes mesmo que se tenha processado qualquer lesão do nervo optico, pois si se for esperar o edema da papilla, o nervo já estará infiltrado, lesado, e suas fibras podem degenerar, o que dá uma diminuição e mesmo perda

da visão. Por isso o signal de Bailliard é interessante, pois pode ser encontrado antes da lesão do nervo optico.

Tratamento da epilepsia pelo pneumo-encephalo — DR. FAUSTO GUERNER. — Previamente o autor refere as indicações, contra-indicações e a technica do processo. A seguir cita seus ensaios. Em 15 epilepticos internados no Hospital de Juquery, injectou ar na cisterna magna, com fim therapeutico. Retirou, previamente, de 40 a 100 cc. de liquor e introduziu, em substituição, de 50 a 100 cc. de ar. Os inconvenientes observados foram minimos (torpor, cephaléa, vomitos, etc.), e transitorios, não tendo havido accidentes graves. Logo após foram praticadas radiographias do craneo, para estudo da "anatomia do vivo", realizavel mediante o contraste obtido pelo enchimento dos espaços encephalicos com ar. Esses encephalogrammas e as conclusões que originaram serão apresentados em outra occasião. Os casos tratados distribuiam-se em 4 grupos: 1.º) 5 casos com lesões cerebraes focaes importantes — signaes clinicos e encephalographicos; 2.º) 5 casos com lesões cerebraes focaes reveladas pela encephalographia; 3.º) 1 caso com accesso de inicio localizado, sem outros signaes focaes; 4.º) 4 casos sem signaes de localização. Todos eram de forma grave e generalizada. As médias diarias de ataques variam entre 0,11 e 0,86. Os resultados therapeuticos se evidenciaram sobretudo pela diminuição no numero dos ataques. Em 4 casos houve diminuição de mais de 50% (maximo 65,5%), em 6 houve melhoras entre 20 e 50%, em 2 a diminuição não attingiu 20m, em 3, finalmente, houve augmento do numero de

crises. Levando-se em conta a gravidade do mal nesses 15 doentes, deve-se considerar esses resultados como excellentes;

Commentarios. — O dr. Henrique S. Mindin desejava lembrar os accidentes verificados por essa injeção de ar em casos que teve occasião de observar: os doentes tiveram cephaléa intensa vomitos e signaes de meningismo durante 8 dias.

O dr. Paulino Longo felicita o A. pelo seu trabalho que é uma continuação dos trabalhos que tem publicado anteriormente. Os resultados obtidos com o brometo de sódio são animadores como pôde verificar em dentes de ambulatorio e parece que os resultados do pneumoencephalo são ainda melhores. Espera que esses resultados não sejam transitorios, como tem acontecido com outros processos therapeuticos.

O dr. Fausto Guerner diz que o dr. Paulino Longo tocou em um ponto interessante, que é a duração dos resultados. Este ponto é difficil de se verificar porque os doentes quando melhoram saem do hospital, de modo que não se pode observar os resultados durante muito tempo. Os casos apresentados foram seguidos por quatro meses e as melhoras em alguns casos se mantiveram e em outros se accentuaram ainda mais. Autores ha que recommendam fazer o pneumo-encephalo em doses menores, mas varias vezes, o que parece ser melhor technica.

O dr. Edmur A. Whitaker diz que deseja citar um outro caso observado no Juquery: tratava-se de uma menina na qual se empregou esse tratamento com bons resultados de modo que além dos 15 casos do dr. Guerner ha mais um; são pois 16 observações a respeito do pneumoencephalo. — Dr. Orestes Rossetto, secretario.

Philergon *fortifica de facto*

1 COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Novo methodo de sepultamento do coto das trompas uterinas — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO e JOÃO N. VON SONNLEITHNER. — Os AA. apresentaram a technica que vêm seguindo e que pensam ser descripta pela primeira vez. Fazem a libertação da trompa por meio de duas ou tres ligaduras do mesosalpinx. Depois procedem á laqueadura da trompa, aproveitando as extremidades do fio, para, por meio de um ponto de sustentação no corpo uterino e consequente passagem do fio atravez do folheto movel do mesosalpinx, effectuar o sepultamento do coto, conforme eschemas que apresentaram. A seguir fizeram passar um filme cinematographico demonstrando a technica preconizada.

Commentarios. — O dr. Mario Ottobri Costa acha interessante este novo processo de sepultamento do coto da trompa, que corresponde ás expectativas. Emprega um processo um pouco differente para isso: costuma fazer o recobrimento do coto com o ligamento redondo. Depois da secção do mesosalpinx, da trompa e ligadura dos vasos em um bloco unico, com o proprio fio passa atravez do ligamento redondo, que é então fixado na parede posterior do utero de modo que o ligamento redondo gira sobre o coto ficando em exposição a superficie lisa do peritoneo que recobre a face anterior do ligamento largo. Este processo tem a vantagem de pôr o utero em posição physiologica; acha que este processo deve por isso ser usado nos casos de utero em retroversão e retroflexão.

A cirurgia mutilante do estomago nas doenças não ulcerosas (Thema de cirurgia) — DR. DINO VANNUCCI. — O A. lembra as regras basicas da cirurgia mutilante do estomago, mostra como a hemorragia, antes do apparecimento da dor, é frequentemente

o primeiro symptoma que chama a attenção para o estomago, mesmo nas alterações e doenças gastricas não ulcerosas, que necessitam ou tiram beneficio de operações mutilantes. Examina em seguida todas as condições anatomicas, physiologicas e pathologicas em virtude das quaes já foi praticada ou indicada a ressecção gastrica como meio de tratamento. Faz ver as relações especiaes da cirurgia gastrica com a hematologia em seguida a estudos deste ultimo decennio.

Commentarios. — O dr. Sebastião Hermeto Jr. deseja lembrar um caso que observou ha 3 annos de um tumor bem raro e que é o primeiro caso apparecido na litteratura nacional. Esse doente tinha um tumor epigastico: não apresentava symptomas de ulcera nem de cancer. A radiographia foi negativa. Foi feita a laparotomia, encontrando-se um tumor do tamanho de uma noz, que occupava a região do antro, uniformemente duro. Resolveu-se proceder á ressecção do antro. O exame histologico demonstrou uma inclusão da mucosa gastrica na sub-mucosa e na muscular do antro. A ressecção foi pequena e foi feita a anastomose pelo Billroth I e o doente melhorou muito ficando em boas condições de saude.

O dr. Eurico Branco Ribeiro agradece a communicação do dr. Vannucci, que acha muito bem feita e de accordo com o espirito que presidiu á escolha desse thema.

O dr. Dino Vannucci acha interessante o caso lembrado pelo dr. Hermeto Jr.. Sabe-se que as ultimas theorias das ulceras gastricas é que sejam devidas a uma ectopia pancreatica; tem sido encontradas pequenas insulas de tecido pancreatico isoladas no intestino e estes fragmentos de tecido pancreatico tambem podem ser encontrados no estomago e segundo os autores que tem estudado esta questão, as ulceras se verificam

mais frequentemente, em estômagos onde se encontra esta ectopia pancreática.

A região do plexo solar e a denominada anestesia dos nervos esplanchnicos — DR. S. HERMETO JUNIOR. — O A. inicia a sua comunicação systematizando os elementos que entram na constituição do importante plexo visceral em estudo. Salienta que não podemos admitir o conceito das "lojas dos ganglios semilunares" de Billet, apoiando-se em suas disseções. Descreve os limites do que chama a area solar.

Mostra a porção cirurgica do plexo solar, e estuda a região inter-aorto-cava, região abordavel na infiltração dos esplanchnicos á maneira de Braun-Finsterer. De posse dos fundamentos anatomicos, o A. critica as duas vias de acesso na infiltração solar, salienta que a via de Braun-Finsterer é mais anatomica do que a de Kappis. Precisando os reparos topographicos da via de Braun-Finsterer, salienta os seguintes: corpos da XII vertebra dorsal e I lombar, arteria aorta e arteria hepatica commun. — Dr. Hermeto Junior, secretario.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE DEZEMBRO.

Presidente: DR. GOMES DE MATTOS

Um caso de dextrocardia — DR. VICENTE LARA e OCTAVIO RODOVALHO. — Os AA. apresentam o caso de um menino portador de uma dextrocardia, aplasia das 2.^a, 3.^a e 4.^a costellas esquerdas e ausencia do grande peitoral do mesmo lado. Documentam a observação com factos proprios — electrocardiogramma e radiokymogramma. Discutem a possibilidade de ser a dextrocardia devida á aplasia de costellas e ausencia do musculo peitoral. Concluem que se trata de um caso de dextrocardia sem heterotaxia pela interpretação do radiokymogramma e do electrocardiogramma que foi normal nas 3 observações.

Commentarios. — Diz o dr. C. A. do Espirito Santo: As anomalias congenitas do coração são: transposição das cavidades, dextrocardia, hypertrophia congenita, ectocardia. Abbot, estudando o assumpto, com seus detalhes, acerca da frequencia das differentes formas de affecções congenitas do coração, entre 631 casos observados e estudados encontrou 30 casos de dextrocardia, ou sejam quasi 5%. Cozzolino, entre as anomalias, limita-se a mencionar a ectopia cardiaca congenita, que é ordinariamente associada a outras malformações congenitas e

não permite uma longa sobrevivencia e a dextrocardia, que pôde acompanhar-se de transposição das visceras (situs inversus viscerum). A influencia preponderante da syphilis na pathogenese da cardiopathia congenita deve maiormente aconselhar na mãe um tratamento especifico durante a gravidez e tambem das proprias crianças com malformação cardiaca congenita (S. de Stefano).

O dr. José Ricardo, em 1920, no Rio de Janeiro, observou um interessante caso de completa inversão visceral, numa mulher. Era um caso rarissimo, o coração do lado direito com a ponta para fóra; o appendice do lado esquerdo; o estomago do lado direito, cuja pequena curvatura é voltada para a esquerda.

Moncorvo Filho em seu livro "Monstros humanos" de 1910, apresenta, a proposito, interessante estatistica n'um total de 24500 doentinhos, com 17 casos de dystrophia cardiovascular. Nessa volumosa e paciente estatistica, não foi observado nenhum caso de dextrocardia.

E. Feer em seu livro, na parte referente ás cardiopathias congenitas, não consagra uma só linha á dextrocardia, tal sua raridade.

Pfandler e Schlossmann, Vol. II, apresenta na pag. 463 uma radiographia de um menino de 7 annos, portador de mesocardia congenita, posição mediana do coração. Empresta ao caso mais importância anatomica do que clinica.

Ferrarini considera como epiphemmeno de uma diathese pstosica geral; elle achou combinada á ptose cardiaca com a ptose abdominal. E' curioso accrescentar que Ferrarini observou em 4 casos contemporanea estenose mitral, perguntando se seria ou não congenita.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. ROBERTO OLIVA.

Sobre um caso de abcesso extra-dural — DR. GUEDES DE MELLO FILHO. — Abcesso extradural otógeno, de evolução atypica, caracterizado pela exteriorização através da escama do temporal com formação de grande abcesso sub-cutaneo, e ausencia quasi completa de signaes inflammatorios da orelha média.

O A. revê a litteratura sobre o assumpto, mostrando a relativa raridade da evacuação sub-poriotica dos abcessos extra-duraes. O maior interesse do caso, entretanto, está na symptomatologia minima apresentada pelo doente. Apesar de se tratar de mastoide abundantemente pneumatizada, havia absoluta integridade de todos os grupos cellulares; o paciente não tivera corrimento auricular. A origem da lesão craneana se revelava apenas por leve hypèremia ao longo do cabo do martello e sobre a parede do atico. Intervenção e cura. O A. admite que a infecção se tenha propagado por via vascular.

Commentarios. — O dr. Roberto Oliva pergunta como é que pode explicar que uma lesão dessa ordem, dê uma perturbação da percepção.

O dr. Guedes de Mello Filho diz que havia uma perturbação de percepção bilateral, devido a uma lesão antiga que nada tinha que ver com o processo actual.

Tumores vasculares sanguineos da face — DR. EDGARD DE CERQUEIRA FALCÃO. — Narra o A. duas observações de individuos que apresentavam tumefacções da região lateral direita da face, a

variavel de volume de accordo com modificações operadas na circulação de retorno da cabeça. Num caso a anomalia localizava-se na região parotidea e no outro na masseterina. Taes tumores deprimiam-se com facilidade, desfazendo-se uma vez cessado o embaraço que interrompia a onde sanguinea com que os mesmos se relacionavam. Os tegumentos não mostravam alteração do seu colorido normal. O diagnostico ficou a oscillar entre angioma cavernoso e dilatação venosa ampolar, faltando a comprovação cirurgica e anatomo-pathologica das peças, por não se terem submettido os pacientes a nenhum tratamento.

Commentarios. — O dr. Guedes de Mello Filho acha muito interessante a comunicação, principalmente pela raridade do caso. Está de accordo com o A. que uma intervenção cirurgica qualquer que se fizesse no primeiro doente, corria o risco de substituir um defeito por outro, maior e permanente. Quanto ao segundo caso, talvez se pudesse cogitar de intervir com a diathermo-coagulação, pois neste caso não se corria os riscos que se verificavam no primeiro caso. E' apenas uma suggestão que faz, sem querer discutir. Tem tido varios casos de processos semelhantes, mas nas palpebras, e tem tido bons resultados com o emprego da diathermo-coagulação.

O dr. Roberto Oliva agradece a comunicação e acha o caso muito interessante.

O dr. E. Falcão responde ao dr. Guedes de Mello Filho, dizendo que nada pode dizer sobre

o tratamento do segundo caso a que se referiu, porque não viu o doente, pois se tratava de um caso da clinica do dr. Mangabeira Albernaz e que talvez não tivesse sido feita nenhuma intervenção, por causa da região em que se achava o processo. Um tratamento que podia ser tentado seria o de injeção esclerosante, mas no momento não teve a idéa de o empregar.

Sobre uma operação plastica na pelle da face direita em estado de flacidez congenita flacidez congenita com hemiatrophia da parte ossea do mesmo lado, deformação da orelha e da parte membranacea do conducto auditivo externo. — DR. FRIEDRICH MUELLER. — O A. obteve um resultado satisfactorio sob o ponto de vista cosmetico, procedendo como segue :

Partindo de uma incisão grande, indo do bordo direito do frontal até á nuca do mesmo lado, procurou destacar o tecido celular subcutaneo. Retirou dois grandes retalhos, juntando em seguida os bordos das respectivas incisões, esticando assim as pregas da pel-

le e puxando para cima a orelha.

A extremidade inferior da mesma que terminava em ponta, foi destacada, soldando-se os bordos da incisão separadamente, de modo a formar um lobulo.

Corrigiu finalmente a porção situada em frente ao anthelex, abrindo o entumescimento por uma incisão eliptica e longitudinal e retirando do fundo da parede posterior do conducto auditivo um fragmento constituido por tecido gorduroso e conjunctivo. Os bordos foram depois suturados.

Commentarios. — O dr. Rebelo Netto diz que o que se deve assignalar é a raridade do caso apresentado. São bem conhecidas as hemiatrophias da face, congenitas ou adquiridas, mas no caso do dr. Mueller o que é interessante é que alem da hemiatrophia da face havia a queda do pavilhão da orelha, com alteração da direcção do conducto auditivo. No caso a conducta do dr. Mueller foi muito satisfactoria e os resultados estão de accordo com a esthetica, porque a cicatriz fica coberta pelos cabelos, tornando-se assim invisivel. — Dr. Mattos Barreto, secretario.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 11 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. J. MENDONÇA CORTEZ

Perturbações psychicas no hyperthyreoidismo — DR. FAUSTO GUERNER. — O A. relembra o conceito psychologico personalista de W. Stern e o mecanismo da synthese da personalidade psychophysica, accentuando a importancia dos factores endocrino-vegetativos e principalmente da thyroide na integração bio-mental do individuo. Destaca do grupo das psychoses thyreoideas, as perturbações psychicas por hyperthyreoidismo, estuando-as primeiramente quanto á sua symptomatologia clinica e depois quanto ao seu diagnostico causal. Assigna-lha quatro aspectos psycho-pathologicos nos estados de hyperfunção thyreoidea : o temperamento

hyperthyreoides, o estado psychico habitual dos basedowianos, os episodios confusioes nos basedowianos e as dysthymias thyreoideas. Descreve esses syndromes, particularizando os factos mais interessantes : estudos de Jaensch sobre as imagens eideticas nos basedowoides, de Tinel sobre o estado vago-sympathico, de Labbé a respeito do syndrome para-basedowiano, de Dunlap e Moersch em torno da frequencia das varias formas mentaes, de Laignel-Lavastine sobre o complexo thyreoido-periodico, etc.. A seguir cuida do diagnostico das desordens mentaes quanto á sua origem hyperthyreoides. Evidencia a necessidade de um diagnos-

tico polydimensional (Kretschmer) e destaca a acção dos multiplos factores pathogenicos e pathoplasticos (Birnbau). Accentua as difficuldades do diagnostico puramente clinico e a vantagem do diagnostico biologico. Assignala pontos importantes em torno da interpretação e do valor do metabolismo basal, das provas funcionaes para exploração do systema neuro-vegetativo, das provas da thyreide, da hypophyse, etc.. Refere casos pessoaes, projectando graphicos, photographias, etc. e detalha varios trabalhos nacionaes (H. Roxo, E. Withaker, M. Yahn, Ribeiro do Valle, Celso P. da Silva, J. Andrade Silva Junior etc.). Synthetiza o seu estudo em tres proporções: a primeira relativa aos aspectos psychicos no hyperthyreoidismo (perturbações da affectividade, estado ancioso, syndrome confusional); a segunda sobre a necessidade do diagnostico pluridimensional; a terceira frisando a vantagem do diagnostico biologico.

Tratamento medico do hyperthyreoidismo — PROF. CELESTINO BOURROUL. — O A. focalizou o tratamento medico de hyperthyreoidismo estudando o assumpto orientado pelos seguintes planos:

1) tratamento iodado; 2) tratamento anithyreideo; 3) tratamento antagonista; 4) tratamento alcalinisante e anti-acidosico; 5) repouso, psychoterapia, clima correntes galvanicas, raios ultra-violeta; 6) regimen; 7) radiotherapia (radium e raios X); 8) cirurgia; 9) outros tratamentos.

O tratamento iodado comprehende o emprego de: a) lugol forte (iodo 5,0, iodeto de potassio 10,0, agua distilada 100,0) usado 15 gottas 3 vezes ao dia durante 10 dias, como pre-operatorio; b) lugol fraco (iodo 1,0, iodeto de potassio 2,0, agua distilada 100) no tratamento fraccionado continuo ou prolongado, na dose de 1 a 10 gottas, 2 vezes por dia, "controlado" pelo meta-

bolismo basal. As oscillações de mais 10% menos 10% no metabolismo basal são normaes. As formas leves partiriam de 20%. Quando a medida do metabolismo basal não possa ser praticada pode-se usar a formula de Read $0,75\%$ (numero de pulsações + pressão arterial differencial $\times \dots 0,74\%$).

O tratamento anti-thyreideo e antagonista comprehende: a) o emprego da düodothyroidina Roche (preparado diodado da thyreide, obtido por synthese). Cada comprimido = 0,1 — usa-se $\frac{1}{2}$ a 3 comprimidos diariamente; tratamento intermitente; b) thyronorman (catechina) cada comprimido com dez unidades anti-thyreide, neutralizando 30 grammas. Toma-se 10 a 9 por dia; 4 a 6 semanas de tratamento; c) anti-thyreoidina Moebius (gottas) 10 a 30 gottas ou 2 a 4 comprimidos por dia; d) anti-thyreoidina Pende 10 a 50 gottas por dia; e) hematoethyreoidina de Carrion 2 a 4 colherinhas diarias; f) Ultra-peptosa Sofos — uma ampola de 1 cc. por dia; g) Rodagen preparado de leite de cabra e thyreoidisada, 5 a 10 comprimidos por dia; h) o tratamento pelas glandulas antagonistas se faz pelo emprego da parathyreide, pancreas, cortex supra-renal, hypophyse posterior, thymo. O tratamento antagonista pode tambem ser feito pelos medicamentos vagotonicos (cholina e derivados) e sympathico-sedativos (calcio, centeio espigado, belladonna, geneserina, salicylato de exerina, barbituricos, brometos e valeriana), pela hemotherapia (sangue de carneiro) e pela hemocrina na dose de 9 comprimidos por dia.

4) O tratamento alcalinisante comprehende o uso de alcalinos e insulina.

5) O tratamento pelo repouso consiste no repouso no leito sem uso de medicamentos. O clima preferido é o que vae até 800 metros de altura.

6) No regimen alimentar devem-se abolir as carnes e os peixes

e dar preferencia a bastante leite, coalhada, gorduras phosphoradas, cereaes, fructas oleoginosas, pão completo, miolo, thymo figado, vitaminas (oleo de figado de bacalhau, fermento de cerveja, laranja, limão, fructas) principalmente a vitamina A.

7) Pode-se fazer tambem uso do salicylato de sodio, arsenicaes, yombina.

Se o tratamento medico não der resultado, o A. manda recorrer a radiotherapia e se esta fallar aconselha o tratamento cirurgico para prevenir a estafa e os graves disturbios do coração.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. J. MENDONÇA CORTEZ.

Da determinação do metabolismo basal no diagnostico. Tratamento e prognostico do hyperthyreoidismo — DR. SAMUEL LEITE RIBEIRO. — O A. faz o historico do methodo, analisa as causas physiologicas que influem sobre o metabolismo: a alimentação, trabalho muscular, temperatura exterior, etc.. Estuda os diversos methodos demorando-se na comparação do systema aberto — Boulite (usado pelo autor) e do systema fechado — Benedict-Roth. A seguir trata da applicação do metabolismo basal no hyperthyreoidismo, demonstrando o seu valor no diagnostico, prognostico e como orientador e "controlador" do tratamento medico, physico ou cirurgico.

A physiotherapia no hyperthyreoidismo — DRS. ROLIM DE

MORAES e DIDEROT POMPEU DE TOLEDO. — O AA. chegaram ás seguintes conclusões:

1) Os processos physicos são de grande valia no tratamento do hyperthyreoidismo.

2) O mechanismo de acção não está perfeitamente esclarecido.

3) A escolha do processo physico depende do metabolismo basal, da natureza do bocio, etc..

4) A electrotherapia e radiotherapia podem ser associadas com vantagem.

5) O tratamento physico não prejudica a intervenção cirurgica ulterior si necessario.

6) A associação dos tratamentos physico, chimico e hygieno-dietetico constitue a therapeutica conservadora ideal. — DR. OSCAR Pereira de Araujo, secretario.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. JAIRO RAMOS.

O diagnostico precoce da tuberculose pulmonar — DRS. JOÃO GRIECO e OCTAVIO NEBIAS. — Salientam em primeiro lugar a importancia do diagnostico precoce, quer sob o ponto de vista clinico, quer social.

Sendo a tuberculose uma molestia que attinge os individuos em todas as idades, cumpre diagnostical-a precocemente desde a infancia até a velhice.

Occupam-se em segunda do diagnostico da tuberculose de primo-infeccção, mais communmente encontrada nos centros urbanos, na

idade infantil. Para isso lançam mão do material do "Ambulatorio S. Luiz Gonzaga", onde tiveram oportunidade de examinar cerca de 1000 (mil) creanças de 0 a 12 annos.

Salientam a importancia, para o estabelecimento de um diagnostico seguro de uma tuberculose de primo-infeccção, da pesquisa da reacção á tuberculina que deve ser feita systematicamente; da identificação do factor contagio, principalmente familiar, pesquisa, essa que, como os AA. demonstram, pode muitas vezes levar o

medico a descobrir gomas insidiosas, que passavam desapercibidas nas familiares das creanças; chamam a attenção para a pobreza dos signaes clinicos tanto geral como local, encontrados nas creanças accommettidas de uma tuberculose de primo-infecção, para se demorarem mais longamente no estudo do exame radioscopico e radiologico; salientam ainda as difficuldades que se encontram para a pesquisa do bacillo de Koch e finalmente demoram-se sobre o factor idade da creança de importancia não só diagnostica como prognostica. Em seguida fazem considerações sobre 35 casos de primo-infecção e 38 de infiltrações secundarias que tiveram oportunidade de examinar no Ambulatorio S. Luiz. Em seguida passam a se occupar das gomas da tuberculose pulmonar directamente ligadas ao complexo primario: em primeiro lugar a tísica primaria e em segundo lugar as disseminações hematogenicas, precoces quando apparecidas ainda na vigencia do complexo primario e tardias quando apparecidas em qualquer outra epoca da vida. Continuando, occupam-se da im-

portancia do diagnostico das formas de intervalo, e nas possiveis exarcerbações, entrando assim nos infiltrados precoces que constituem o inicio mais commum da tísica do adulto; neste ponto relatam o que puderam observar em 45 casos de infiltrados do Ambulatorio S. Luiz, salientando a importancia do exame clinico e mesmo o bacteriologico como demonstram com uma série de observações é completamente negativo e o exame subjectivo nada apresenta de caracteristico.

Afirmam a seguir que não querem collocar o exame clinico em um plano secundario, passando a mostrar casos nos quaes o exame radiologico apesar de negativo, pelo exame clinico e bacteriologico foi possivel demonstrar a existencia de uma tuberculose pulmonar. Concluem que para o diagnostico precoce de uma tuberculose, é necessario um exame completo, integral, clinico, radiologico e bacteriologico, para se poder apartar, com toda segurança, a existencia de uma tuberculose. — Dr. Armando de Almeida Marques, secretario.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. GERALDO V. AZEVEDO

Um caso interessante de calculose renal e ureteral — DR. GERALDO V. DE AZEVEDO. — O A. salienta algumas particularidades notaveis da observação em apreço e justifica a operação conservadora que praticou.

Commentaries. — O dr. Athayde Pereira diz que neste caso teria uma conducta differente da do dr. Geraldo Azevedo; acha que desde que ha uma dilatação do ureter preferia não uma conducta conservadora, pois a cura cirurgica é impossivel com essa conducta. Acha que nesse caso é preferivel a nephrectomia e ureterectomia total, com duas incisões: uma baixa, pela qual se secciona o ureter logo acima da bexiga, e

outra acima, pela qual se retira o rim que vem com o ureter.

O dr. Martins Costa acha que sob o ponto de vista da dilatação pelvica do ureter, o tratamento deve ser conservador como recommenda Lichtenberg; deve-se verificar se a musculatura do ureter está apta a se contrahir, por meio das correntes galvanicas ou faradicas. Caso isso se dê, deve-se optar pelo tratamento conservador, como procedeu o dr. Geraldo Vicente Azevedo.

O dr. Christiano de Souza acha que a intervenção do dr. Geraldo Vicente Azevedo foi perfeita quanto á indicação. Se posteriormente houver indicação, pode-se proceder a nephrectomia.

O dr. Darcy Villela Itiberê diz que também está de acordo com o tratamento o mais conservador possível neste caso. Posteriormente pode-se fazer lavagens do bacinete o que contribuirá para a melhora do doente. Acha que a intervenção podia ser mais completa, com a enervação e descapsulização do rim, o que beneficiaria muito o doente.

O dr. Geraldo V. de Azevedo agradece o interesse manifestado pelos colegas. Quanto á enervação, estaria indicada nesse caso, mas é do numero dos que não

estão ainda bem convencidos da utilidade desse methodo. Além disso a operação já foi demorada pela difficuldade de se encontrar o calculo do ureter, de modo que desejava diminuir, o mais possível, o tempo operatorio para diminuir o choque. Quanto á observação do dr. Athayde Pereira, tem a dizer que a posição do doente permittia que fizesse o tratamento post-operatorio e foi por isso que seguiu essa conducta; caso esse tratamento post-operatorio não fosse possível teria feito a neprectomia.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE JANEIRO

Presidente: DR. FLORIANO DE ALMEIDA

Piedra por Trichosporum (Nota previa) — DRS F. DE ALMEIDA E MORRIS MOORE. — Refere-se a seguinte nota a um caso recente de Piedra ocorrido em São Paulo e cujo material foi trazido aos AA. para diagnostico. Os cabellos atacados apresentavam pequenos nodulos de coloração creme escuro.

Ao exame microscopico, após tratamento, esses nodulos se mostram constituídos por cellulas levediformis, artrosporicos ou esphéricas.

Macroscopicamente e microscopicamente o aspecto dos elementos formadores do nodule despertaram immediatamente a attenção dos autores por serem os commummente observados nos nodulos piedricos que têm examinados. Os cabellos semeados desenvolveram dias depois colonias claras, vermiculares cremosas, completamente diversas portanto, das colonias de Piedraia hortai, que são negras, duras e fortemente adherentes ao meio. O exame cultural microscopico revelou formas analogas ás encontradas nos cabellos parasitados. Pela morphologia dos elementos nos nodulos e nas culturas pode ser o fungo identificado ao genero Trichosporum.

Um estudo mais apurado do microorganismo está sendo feito conjuntamente com fungos de diferentes casos de Piedra.

Novo genero e nova especie de fungo productor de Chromomycose. Phialoconidiophore Guggenheimia n. g. e n. sp. (Nota previa) — DRS. MORRIS MOORE e FLORIANO DE ALMEIDA. — Fazendo um estudo comparativo, cultural, macro e microscopico de numerosos fungos, isolados de casos de chromomycose ocorridos nas Americas do Norte e do Sul, encontraram um microorganismo, apresentando caracteristicos morphologicos completamente diversos daquelles demonstrados por qualquer outro fungo até hoje observado.

Este organismo foi recentemente isolado de um autentico caso de chromomycose internado na Santa Casa de São Paulo. Macroscopicamente sua cultura se relacionava estreitamente com as de Botrytoides (Acrothea) novo genero, Phialophora e hormodendrum. Microscopicamente em inicio de crescimento, o fungo em questão pareceu muito semelhante ao que Langeron descreveu como Trichosporium.

Um exame mais apurado, porém, mostrou logo não ser correto considera-lo como desse genero.

Em differentes meios foi encontrado o conidiophoro typico de Botrytoides e alem disso tambem o typo de formação de esporos visto em Hormodendrum.

Em muitos meios, especialmente de Czapek, alem dessas particularidades, ainda encontraram a formação de "taça" nos conidiophoros, característica esta do genero Phialophora. Estas taças apparecem bem pronunciadas, mais ou menos no 12.º dia. Em Sabouraud maltose a formação de taças é vista quasi exclusivamente, enquanto em outros meios não foram encontradas essas formações, mas sim conídios ramificados ou conidiophoros semelhantes ao do genero *Aerotheca*. Para este novo é tão complicado organismo que por suas características morfológicas, se relaciona com os generos Botrytoides Phialophora e Hormodendrum nós propomos o nome de "*Phialoconidiophora Gugheneimia*", Moore e Almeida, novo genero e nova especie.

Pequeno cuneiforme esquerdo de uma potranca, com os seus componentes em independencia — DR. J. RIBEIRO NETTO. Normalmente o segmento tarsal do cavallo offerece 6 ossos. Excepcionalmente 7, pela independencia dos componentes do pequeno cuneiforme, cuja soldagem em geral, é feita antes do nascimento.

Numa potranca, de mais ou menos 22 meses e em uma outra de 5, sacrificados para o ensino de Anatomia Veterinaria na Escola de Medicina Veterinaria, foi notado respectivamente, no tarso esquerdo e direito, o pequeno cuneiforme com os seus elementos independentes.

Decurada pelas Anatomias Veterinarias a descripção destes ossos, respectivamente o tarsal I o A. levou-a a effeito.

Phenomenos de dissociação nos estreptococos hemolyticos, em relação com a sensibilidade ao bacteriophago especí-

fico — DRS. N. PLANET e OTTO BIER. — Foram investigadas 50 amostras de estreptococos hemolyticos humanos e equinos, relativamente á sensibilidade as raças B, C e D. de bacteriophago *Streptococcus* descriptos por Evans.

Confirmando-se a ordem de actividade dos phagos, bem como a maior potencia do bacteriophago em presença da amostra sensível (phago nascente).

As porcentagens de amostras phago-sensíveis são inferiores ás referidas por Evans. Uma possível explanação deste facto é dada pela verificação de que se pode demonstrar nas culturas de estreptococos, phases sensíveis e phases phago-resistentes, confirmando observações anteriores de Dutton.

Do estudo comparativo das amostras originaes e das culturas secundarias, não se verificaram differenças apreciaveis em relação com a morphologia das colonias ("matt" e "glossy").

Sobre a utilização do pombo como animal "test" de um hormonio pre-hypophysario — DR. J. RIBEIRO DO VALLE. — O pombo dos dois sexos na occasião do choço, forma, nas bolsas lateraes do papo, uma substancia caseosa — o leite do papo do pombo — que constitue a primeira alimentação dos borachos. A formação deste "leite" está sobre a dependencia da pre-hypophyse e Riddle e col. preconisaram o emprego desses animaes como test da prolactina.

O A. suggere a utilização de pombos adultos com fistula permanente na região ventral, observando-se minuciosamente o material de lavagem do papo, recolhido numa placa de Petri. Em 8 pombos operados, obteve por esse methodo, granulos caseosos justamente no pombo fistulizado, que alimentava dois borrachos im- plumes.

O A. acha que a technica é de vantagens, tanto na identificação da prolactina, como no estudo do cyclo de formação e de secreção do Kropfmilch. — DR. BARROS ERHART, secretario.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa

SESSÃO DE 2 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. AMÉRICO BRASILIENSE

Casos raros de amyotrophia na lepra — DR. NELSON DE SOUZA CAMPOS. — O A. iniciou falando sobre a symptomatologia da lepra e a difficuldade de se fazer o diagnostico nos casos incipientes. Para justificar a ausencia dos elementos subjectivos, discorreu sobre a pathogenia das lesões iniciaes e salientou o cuidado que se deve ter na anamnese. Mostrou, depois, como se processa a amyotrophia, apresentando photographias de casos classicos. Como curiosidade, apresentou dois casos de cancro leproso inicial com a devida documentação. Em seguida expoz a observação de 3 casos de amyotrophia leprosa de localização rara, visto que na literatura não encontrou citação de casos semelhantes. O primeiro tinha amyotrophia na região thenar, unica-

mente, conforme exame electrico feito pelo dr. Paulino Longo. O segundo caso tambem apresentava amyotrophia na região thenar, que sobreveiu, como no caso anterior, em doentes portadores de lepra, com lesões extintas. Um terceiro caso só apresentava amyotrophia na região thenar, em consequencia, como nos dois casos anteriores, de degeneração dos nervos motores dessa região. O A. apresentou mais um caso de amyotrophia localizada no territorio do tibioperoneiro.

Discussão. — O dr. Francisco Finocchiaro lembra a possibilidade da applicação do processo de chimiophysiotherapia em casos de lepra, promptificando-se a experimental-o.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 25 DE JANEIRO

Presidente: DR. GIL DE CASTRO CERQUEIRA.

Lepra e traumatismo — PROF. ANTONIO ALEIXO. — Iniciando a sua palestra, o prof. Aleixo referiu-se, com carinho, ás palavras de amizade do dr. Cerqueira e teceu um hymno ás actividades e realizações paulistas, para, em seguida, iniciar a sua conferencia que foi illustrada por varias projecções luminosas, tendo sido estudados, proficientemente, com citações de varios scientistas e trabalhos originaes do autor, os seguintes capitulos: 1) o traumatismo com factor da effracção inoculadora da lepra; 2) trauma-

tismo como factor da exteriorização da lepra; 3) o traumatismo póde favorecer a diffusão da lepra no organismo? 4) o traumatismo como factor de accidentes e complicações no decurso da lepra; 5) o traumatismo como factor de contágio; 6) o traumatismo póde dar lugar a situações litigiosas".

Após bem fundamentada considerações, ouvidas com o maior interesse, chegou o prof. Aleixo ás seguintes conclusões:

1) A exemplo da lues e outras molestias, a lepra póde ser con-

trahida em determinados casos, mediante traumatismos, verificando-se a inoculação na semana do trauma ou ulteriormente.

2.) Uma lepra latente pode ser desvendada por um traumatismo incidindo sobre um ponto onde existem lesões inapparentes ou micros-bacillares;

3.º) Incidindo sobre uma lesão activa bacillifera o traumatismo pode favorecer a injeccão do mycobacterium-leprae com a consequente diffusão da infecção no organismo atravez das vias lymphaticas e hematicas;

4.º) Accidentes ou complicações como fracturas, epistaxis serias, ferimentos, alterações dactyloscopicas, lesões oculares podem ser

attribuidas aos traumatismos a que estão sujeitos os leprosos, principalmente em vista da abolição da sensibilidade;

5.º) Excoriação ou feridas as lesões activas de qualquer parte da pelle onde existam bacillos disso pode resultar a libertação desses germens para o exterior com possiveis riscos da disseminação do mal de Hansen.

6.º) Póde dar lugar o traumatismo a factos de interpretação delicada com a apparição de signaes ou lesões que levam clientes e medicos á idéa por vezes obsoleta de uma lepra que não tem confirmação em exames clinicos e de laboratorios.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. ALVARO COUTO BRITTO.

Insectos comedores de manchas — ARNALDO AMADO FERREIRA. — Iniciou o orador a sua comunicação dizendo que ha tempos vem observando que manchas de certas substancias conservadas no laboratorio para estudo, no fim de algum tempo eram atacadas por determinados insectos e completamente destruidas. Depois de estudar esses insectos, disse do grande interesse que a questão tem do ponto de vista medico-legal, porque os seus ovos e dejeções podem apresentar-se com o aspecto dos elementos de certeza de algumas substancias, as quaes poderão levar a erros pessoas não especializadas, não habituadas a pesquisas medico-legaes.

O A. falou ainda que nesse estudo está sendo auxiliado pelo dr. Ayrosa Galvão, e que prose-

guirá no mesmo, porquanto ainda não o considera terminado.

A sua comunicação foi illustrada com a apresentação es- especimens encontrados pelo autor.

Lesões histologicas do enforcamento — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO. — O A. apresentou uma série de microphotographias das lesões locaes produzidas pelo laço, no enforcamento, demonstrando os seus aspectos histologicos para o lado da pelle, dos tecidos subdermicos, dos musculos, dos vasos, dos nervos e dos ganglios, tecendo considerações em torno das mesmas e ponto em realce pontos capitaes como o diagnostico differencial com o simulacro do enforcamento praticado após a morte. — Dr. Oscar Ribeiro de Godoy, secretario.

Gluconato de calcio Sylil — 2, 5 e 10 cc.

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

SESSÃO DE 30 DE JANEIRO

Presidente: DR. TARBOUX QUINTELLA.

Como interpreto distinctamente radiographias das parodontopathias habituaes — PROF. CARLOS NEWLANDS. — Nesta conferencia as palavras do A. giram em torno da anatomo-pathologia e da difficilissima interpretação das chapas radiographicas. Primeira-mente s.s. trata das infecções dentarias, dissertando sobre as suas consequencias no organismo em geral. Fala depois dos mais modernos meios de tratamento, dizendo que a missão do odontologista é grandemente dificultada pelas dores que o paciente sofre e quasi sempre não supporta, ao submeter-se ás varias operações da cura. O orador insiste nesse particular e fala dos pontos mais sensiveis em que o dentista terá de tocar no seu trabalho, afim de poder dar cabal desempenho ao seu encargo. Mas, o cliente nem sempre pode supportar as dores que dahi advem e ahi está como fica o profissional inhibido de agir como o deveria fazer, necessariamente.

Mas, esse problema que parecia insolúvel, acaba de ser decifrado, diz o conferencista. E' pelo menos a sua crença, depois de ter feito varias experiencias com o "Apparelho Analgesico Macedo", inventado por um illustre cientista brasileiro.

Após explicar o mecanismo deste aparelho, cuja applicação no enfermo produz quasi completa insensibilidade no ponto onde o cirurgião terá de proceder ao seu trabalho, propõe-se o prof. Newlands a fazer uma demonstração pratica entre qualquer dos presentes.

Offereceu-se para submeter-se á experiencia, o dentista sr. Eugenio Langoni.

O aparelho emite correntes electricas, synthonizadas, que possuem propriedades analgesicas, deixando insensivel determinada par-

te do corpo da pessoa que detém em sua mão um electrodo, ficando assim na posição de polo. O outro polo obtém-se com o contacto de um escarificador, que o dr. Newland collocou em um ponto muito sensivel da gengiva do paciente.

Ligado o aparelho e synthonizada a corrente, momentos depois, após uma pequena massagem na face da pessoa que se submetteu á experiencia, esta declarou que já estava sentindo os efeitos annunciados pelo prof. Newlands, effeito que progrediram até ser alcançada a quasi total insensibilidade.

Finda a experiencia, que se cobriu de completo exito, a assistencia, enthusiasmada, saudou o prof. Carlos Newlands com longa salva de palmas.

A seguir o orador dá esclarecimentos á assistencia sobre o aparelho, esclarecimentos esses que resumimos da seguinte forma: o aparelho destina-se á analgesia por meio de uma acção que permite a curetagem da cavidade dentaria sensivel, com completa abolição de qualquer dor, sem o emprego de qualquer agente anestesico. Não produz qualquer mal ao paciente e não influencia de forma alguma no organismo. Também não produz commoção electrica.

Em seguida o conferencista aborda a interpretação dos cystos, dos abcessos e das granulomas, segundo as manchas registradas nas chapas radiographicas.

O prof. Newlands falou demonstradamente sobre os meios de fazer uma distincção entre essas manchas, de forma a não haver equívoco entre um cysto, por exemplo, e um abcesso ou mesmo granulomas.

SESSÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. TARBOUX QUINYELLA

O emprego do anestésico nas operações dentárias - DR. FRANCISCO DEgni. — Começou o orador fazendo uma analyse succinta sobre o emprego e a influencia do anestésico, quando usado nas operações dentárias, sobre a fibra nervosa do paciente. Especificou, em seguida, o criterio a ser seguido na escolha do agente anestésico nos diversos methodos de anesthesia, tendo em vista, principalmente, a toxidez e titulação da solução empregada.

Põe em particular relevo o methodo troncular, e, baseado em observações anatomicas, localiza os pontos capitais das punções que, effectuadas na mucosa do vestibulo, são indolores, o que não acontece quando ellas são realizadas nos festaes gengivales.

Estende-se, em considerações sobre a anesthesia dentaria, exhibindo desenhos explicativos analysando com clareza os problemas cirurgico-odontologicos, referentes a essa importante parte da sciencia dentaria.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Clinica Medica. - MIGUEL COUTO, 2.^o volume, Flores & Mano (rua do Ouvidor, 145), Rio, 1935.

Grande serviço estão prestando á classe medica os editores Flores & Mano com a publicação das sublimes lições de Miguel Couto. Graças a essa iniciativa, a valiosissima obra scientifica do grande e pranteado clinico fica ao alcance de todos, correspondendo ao anseio geral de conhecer os trabalhos que produziu tão singular cerebração. O presente volume, que é o 2.^o da serie, dedica-se ao estudo dos sopros circulares, dos sopros anemicos, dos aneurysmas, do desvio da aorta na tetralogia de Fallot, da endocardite septica, da arhythmia, da tachycardia paroxysmica, da insuficiencia aortica pura, da stenose aortica funcional, da polyestotose visceral, das nephrites, das ictericias de origem sanguinea, do mal de Bright, do beriberi, etc. Cada volume da serie de 3 custa apenas 15\$000.

Estudio clínico y terapéutico de las hemorragias graves

por ulceras gastro-duodenales. - IGNACIO MALDONADO ALLENDE, Imprenta de la Universidad, Cordoba, 1935.

Tendo estudado detalhadamente 14 casos de hemorragia profusa por ulcera gastro-duodenal, o illustre professor argentino produziu uma excellente monographia, digna de figurar na estante de clinicos e cirurgiões. Inicia o trabalho fazendo uma synthese da irrigação sanguinea do estomago e do duodeno. A seguir, estuda os varios typos anatomopathologicos de ulcera gastroduodenal para relacional-os com as hemorragias. Depois passa em revista as causas de hemorragia, estabelecendo o diagnostico differencial e assignalando a possibilidade da concomitancia de hemorragia e perfuração. Focaliza os elementos de diagnostico e encara com alto espirito de critica o problema therapeutic.

Pediculo visceral pelviano - OSCAR RODRIGUEZ ROCHA, Barreiro y Ramos, Montevideo, 1935.

O presente volume é o primeiro de uma promettedora serie deno-

minada "Cirurgia Pelviana". Seguindo o conselho de Farabeuf, que reproduz no portico do livro e segundo o qual para bem conduzir um bisturi é necessario ter conhecimentos anatomicos bem precisos — o A. dedica as paginas deste volume á anatomia, depois de ter escripto uma parte consagrada á embryologia. Escripto por um professor de Cirurgia, o livro obedece a uma orientação didactica, com applicações á arte operatoria. Acompanha o volume um atlas illustrativo. Hoje, que a via perineal vae ganhando terreno na pratica cirurgica, a obra do A. é de grande oportunidade e certamente terá larga divulgação.

Sífilis Congenita — ALFREDO LARGUIA, El Ateneo (Florida, 371), Buenos Aires, 1935.

Tendo em mãos um material vultoso — mais de 300 casos — ponde o A. fazer investigações especiaes a respeito da syphilis congenita, observando factos em desacordo com as idéas classicas. Por isso, a feitura e publicação de um livro. Dahi, tambem, o interesse que a sua leitura desperta: um velho problema encarado sob aspectos novos, á luz de factos observados. São estes os capitulos do livro: I, Transmissão hereditaria da syphilis congenita; II, Transmissão á segunda geração; III, Frequencia; IV, Symptomatologia; V, Diagnostico; VI, Tratamento; VII, Prophylaxia; e VIII, Conclusões. O volume contem mais de 200 paginas e encerra numerosa documentação photographica e radiographica.

Régimes — RENÉ FAU, Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Médecine), Paris, 1935.

Na collecção dos "Petits Précis", de Maloine, appareceu recentemente o volume dos Régimes, como os demais claro e conciso. A prescripção de um regime deve obedecer a regras geraes, que o A. focaliza com muita precisão. Pratico, indica tudo pelo mais simples — nada da complicação das pesadas delicadas nem do

calculo preciso das calorias. A obra está dividida em 3 partes: a primeira encara os regimes destinados aos doentes do estomago, do figado e dos intestinos; a segunda, os regimes empregados nas "doenças da nutrição"; e a terceira, certos regimes especiaes. O volume termina com um quadro dos alimentos classificados segundo a sua riqueza em gorduras, materias azotadas e hydratos de carbono. Portatil, pequeno, bem orientado, é de facil manuseio e muito util para a mesa do consultorio.

Le Rajeunissement — ARNOLD LORAND, J. B. Baillière et Fils (19, rue Hautefeuille), Paris, 1936.

O livrinho pertence a Lorand, clinico em Carlsbad. E' o resultado de sua observação durante 2 annos naquella estancia. Elle focaliza principalmente, os effeitos da insufficiencia chlorhydrica do estomago seguida de putrefacção intestinal, influenciando nos estados de hypersensibilidade mediante manifestações allergicas traduzidas por phenomenos cutaneos. Lorand, que tem um livro traduzido em doze linguas — *La Vieillesse* —, synthetiza no presente volume o que elle aconselha para manter o organismo humano tanto quanto possivel com a sua vitalidade normal. E', assim, um livrinho util não só para medicos como para os clientes letrados. Preço: 14 francos.

A Arte e a Neurose de João do Rio — NEVES MANTA, Marisa Editora (Caixa Postal 2.316), Rio, 1934.

O livro de Neves Manta dispensa commentarios. O assumpto tratado, a forma como foi apresentado, as discussões que suscitou empolgaram os meios intellectuaes brasileiros. Dahi o exgotar-se logo a 1.ª edição. Fez-se a segunda e, sem duvida, está tambem a exgotar-se. João Ribeiro disse isto: "E' o seu um dos bons e raros livros que nos chegam". E Fabio Luz: "A parte do diagnostico e dos dados retirados da vida e

e obra de João do Rio, para fir-mal-o, está incontestavelmente dentro da sciencia e da psychanalyse".

Documentation photographique et cinematographique dans les sciences — CLAUDE e PAINLEVÉ, Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Médecine), Paris, 1935.

E' o resultado do II Congresso da Associação para a documentação photographica e cinematographica nas sciencias. Esse certame foi realizado em Paris em outubro de 1934, com extraordinario successo, a elle tendo accorrido scientistas de renome de varios paizes. Alem de trazer o programma do Congresso, o volume encerra 15 interessantes trabalhos alli apresentados.

La Academia de Medicina de Lima — C. E. PAZ SOLDAN, Lima, 1935.

Mais um interessante trabalho sae da penna productiva de Paz Soldan. Neste livro, faz elle o historico da Academia de Medicina da capital do Peru durante o periodo de 1884-1889. Em volumes subsequentes outros periodos serão encarados. Para quem deseja conhecer os progressos da Medicina naquelle paiz, o livro é de grande utilidade.

Primeiro Congresso Medico Cearense — CEZAR C. DE OLIVEIRA, Fortaleza, 1935.

O A. reune em um volume o conjunto de trabalhos que tem publicado sobre assumptos obstetricos e que fazem parte do "Historico da Maternidade João Moreira" apresentado ao Primeiro Congresso Medico Cearense.

IMPRESSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XIX, 129-156, Novembro-Dezembro de 1935.

Compostos aromaticos de acção cancerogena — QUINTINO MINGOJA; Sobre um caso de intoxicacion por tetracoloruro de carbono — DIONISIO M. GONZALES TORRES.

Folia Clinica et Biologica, VII, 245-275, n.º 6, 1935.

Composti aromatici ad azione cancerogena — QUINTINO MINGOJA; Méthode simple et rapide au bleu Victoria pour la démonstration des richettsias du trachome — A. BUSACCA; Pepsinotérapia intramucosa — A. VALEIRO; Persistencia do virus do tifo exantematico de S. Paulo, no cerebro de cobaias com infecção experimental inaparente — J. R. MEYER; A etiologia do megaesofago — megacolon em face da hipotese da avitaminose — E.

ETZEL; Novo tratamento das anexites — A. VALEIRO.

Memorias do Instituto Butantan, IX, 1-411, 1935.

Tentativas de transmissão experimental do "typho exanthematico" de S. Paulo por percevejos (*Cimex lectularius*) — J. LEMOS MONTEIRO; Notas de Acarologia; X. Occorrença, em S. Paulo, de acarianos transmissores de varias modalidades de febre exanthematica e suas possiveis relações com a Recketttsiose neotropica paulista — XI. Validade da especie e cyclo evolutivo de *Amblyomma stratum* Koch, 1844 (*Acarina*, *Ixodidae*) — XII. *Eulaelaps vitzthumi*, sp. n. (*Acarina*, *Laelaptidae*) — XIII. Novas especies sul-americanas de parasitos do genero *Liponissus* Kolenati, 1858 (*Acarina* *Liponissidae*) — XIV. *Ceratonyasus Joaqui*, sp., n. (*Acarina* *Liponis-*

idae) parasita de *Glossophaga soricina* (Pallas), de S. Paulo. — XV. Occorrença de sub-espécie de *Ixodes ricinus* (L. 1758) no Estado de S. Paulo (Acarina, Ixodidae). — XVI. *Ixodes amarali*, sp. n. (Acarina, Ixodidae). — XVII. Localização, frequência, distribuição geographica e hospedeadores de *Spelaeorhynchus latus* Banks, 1719 (Acarina Spelaeorhynchidae). Trypanosomas de peixes brasileiros. Descrição de uma nova espécie. Occorências de formas anômalas na heishamania brasileiros. Trypanosoma matto-grosense, sp. n. — FLAVIO DA FONSECA; Contribuições ao conhecimento dos culicídeos de S. Paulo. VI. Notas sobre os mosquitos originários da taquaras: *Sabethoides intermedius* (Lutz) *Megarhinus bambusicola* Lutz e *Neiva* — ALCIDES PRADO; Contribuição ao conhecimento dos ophídios do Brasil. VII. Novos generos e especies de Colubrideos opisthoglyphos — AFRANIO DO AMARAL; Estudos sobre ophídios neotropicos. XXXI. Apontamentos sobre a fauna da Colombia. XXXIII. Novas especies de pídi-dos da Colombia. Collecta herpetologica no centro do Brasil. Estudos sobre hacertílios neotropicos. II. Novo genero e especie de lagarto do Brasil. III. Um novo genero e duas novas especies de Geconídeos e uma nova taça de Amphisbenídeo, procedentes do Brasil Central — AFRANIO DO AMARAL; Estudos bioquímicos sobre os venenos das serpentes do genero *Bothrops*. I. Acção coagulante e purificação da secreção da glandula venenosa da *Bothrops jararaca* — D. VON KLOBUSITZKY; Contribuição á materia medica vegetal do Brasil. V. Estudo pharmacognostico do

Carica papaya L. (Caricaceae) — WALDEMAR PECKOLT; Contribuição á materia medica vegetal do Brasil. VI. Estudo pharmacognostico e therapeutico da *Jacaranda decurrens* Cham. (Bignoniaceae) — WALDEMAR PECKOLT e ALCIDES PRADO; Arterias coronarias cardiacas dos ophídios — M. BARROS ERHART; Tres novas aranhas tetrapneumoses nas collecções do Instituto Butantan. Dois generos raros de aranhas nas collecções do Instituto Butantan. A proposito de alguns opiliões novos — C. DE MELLO LEITÃO.

A Odontologia Moderna, IX, 290-330, Janeiro 1936.

Sobre um caso de sarcoma gengival (Epulide) — PAULINO GUIMARÃES JR.; Technica do Equipamento S.S.White — CARLOS ALDROVANDI.

Revista de Obstetricia e Ginecologia de S. Paulo, I, 169-246, Outubro 1935.

Nidação do ovo humano — CARMO LORDY; Tratamento da peritonite difusa — WALTER BENTHIN; Quatro casos de hemorragia cataclismica por prenhez tubária rôtá — V. FELIX DE QUEIROZ; Coração e gravidez — LEMOS TORRES, JAIRO RAMOS e A. GUIMARÃES FILHO.

São Paulo Medico, IX, 1-84, Janeiro 1936.

Da crenotherapia nos estados gastro-intestinaes — J. DUTRA DE OLIVEIRA; Complicações das otites. Symptomatologia; tratamento medico-cirurgico e sua technica — JOSÉ GUILHERME WHITAKER; A polilisatotherapia e suas perspectivas — I. N. KASHOV; Fibrilação auricular — JAIRO RAMOS.

INDICE GERAL DOS

"Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia"

VOLS. I A XXVI

Preço, 10\$000 :— Pedidos á Caixa Postal, 1574 :— S. Paulo

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

Escorbuto e noma numa syphilitica congenita

Observações de um caso interessante. — Na 3.^a sessão da Quinta Reunião Annual da Sociedade de Medicina de Pernambuco, setembro de 1935, o dr. Leduar de Assis Rocha, assistente da Faculdade de Medicina e dos Hospitais Pedro II e Manoel Almeida, de Recife, apresentou um interessante trabalho, subordinado ao titulo acima.

Em resumo, descreveu o A. um caso de escorbuto classico e noma, numa criança syphilitica congenita, recebida nos serviços especializados do Hospital Infantil Manoel Almeida, de Recife, com gomas syphiliticas multiplas, ulcerosas da região frontal (Wassermann positiva).

Submettida ao tratamento especifico, pelo Acetylarsan infantil, com o uso de 12 ampolas desse medicamento as lesões cicatrizarão completamente.

Tratando-se, porem, de uma criança apresentando, desde longa data, symptomas de carencia, logo depois das gomas, sobreveio um surto de escorbuto, apreciavel por apresentar todo o quadro classico dessa avitaminose. Posteriormente ao escorbuto, combatido com a therapeutica adequada, a doentinha apresentou-se com noma.

O A. salientou os bons effeitos do Acetylarsan á notavel resistencia da doente e bordou opportunos commentarios em torno das avitaminoses ligadas á infecção syphilitica congenita da enferma.

VIDA MEDICA PAULISTA

Associação Paulista de Medicina

Relatorio da directoria de 1935. — Em Assembléa Geral realizada no dia 27 de Janeiro deste anno, convocada para dar posse á nova directoria, o dr. Fernando Fonseca, 1.^o Secretario da Directoria que presidiu os destinos da Associação Paulista de Medicina, durante o periodo social de 1935, apresentou o seguinte relatorio :

“Meus senhores.

Ao passar á nova directoria os destinos desta Associação, cumpre-nos relatar-vos o que foi o nosso movimento scientifico, social e financeiro durante o mandato que óra se finda.

Cinco annos são passados desde que se fundou a Associação Pau-

lista de Medicina. A idéa de sua criação, lançada ha um lustro por uma pleiade de collegas idealistas, foi logo acolhida com entusiasmo pela classe medica de S. Paulo.

Arrostando, de inicio, todos os obstaculos naturaes que se lhe deparavam, entre o scepticismo de alguns e as difficuldades de ordem material, foi a nossa Associação, desde logo, uma iniciativa triumphante.

Semente preciosa, lançada em terra fecunda, germinou, cresceu, tomou vulto e é hoje esta arvore frondosa, cheia de viço, vivendo vida propria, bem á altura da seiva e do sol da terra dos bandeirantes.

Vós, Snrs. consocios, que viveis certamente interessados no movimento de vossa secção especializada, talvez não tenhaes ainda attentado para o numero elevado, verdadeiramente empolgante, dos trabalhos scientificos, muitos de grande valor, que são, em conjunto, apresentados por todas as nossas secções. Poucas sociedades medicas, sem duvida, poderão existir, entre nós, que contem com tão consideravel accervo de trabalhos constantemente apresentados. O grande florescimento da nossa actividade scientifica, deve-se á iniciativa, verdadeiramente luminosa, dos organizadores desta Associação, dividindo-a em secções especializadas. De facto, a medicina moderna não admite mais os polyclinicos; a especialização é hoje uma necessidade imposta pelos progressos da sciencia contemporanea. Nestas condições, uma sessão scientifica na qual constasse a apresentação de comunicações relativas ás mais diferentes especialidades, não poderia despertar grande interesse entre todos os membros da nossa classe, nem sempre dispostos a ouvir, horas a fio, a exposição e discussão de assumptos fóra de sua alçada, á espera de alguma coisa que o interessasse. Reuniões assim realizadas seriam, fatalmente, pouco frequentadas, e faltaria, sem duvida, o estímulo aos innumerables valores que, na realidade, se contam entre nós.

Mas, em boa hora, crearam-se as secções especializadas: não poucas vozes, entretanto, levantaram-se contra tal medida, julgando-a impraticavel por escassez de materia que, forçosamente, deveria haver em cada uma dellas. O resultado, porém, ultrapassou a todas as expectativas: Em assembléas de especialistas, a materia interessava a todos, despertando entre nossos consocios vivo entusiasmo pela apresentação e debate de communicações. Parte dahi o grande surto da nossa esplendida actividade scientifica. Ha pouco creou-se ainda, a pedido de numerosos especialistas, mais uma secção, a de Dermatologia e Sy-

philigraphia. E ainda mais, foram transpostas as fronteiras da sciencia medica, com a criação do "Departamento de Cultura Geral". E assim, a nossa Associação conta hoje 11 secções especializadas: cada uma dellas é uma cellula scientifica reunindo-se mensalmente, e ás vezes extraordinariamente, com abundante ordem do dia. São, como tantas associações medicas com vida scientifica propria, todas reunidas á sombra da Associação Paulista de Medicina.

Para aquilatar da importancia destas secções, basta enumerar as reuniões realizadas e os trabalhos que, durante o anno de 1935, foram levados a plenário e discutidos:

Secção de Neuro-psychiatria 10 sessões ordinarias e 1 extraordinaria, 25 trabalhos apresentados. Secção de Cirurgia 12 sessões ordinarias, 28 trabalhos apresentados. Sessão de Pediatria 11 sessões ordinarias 1 extraordinaria, 17 trabalhos apresentados. Sessão de Oto-rhino-laryngologia 12 sessões ordinarias, 15 trabalhos apresentados. Sessão de Medicina 12 sessões ordinarias e 3 extraordinarias, 29 trabalhos apresentados. Sessão de Tisiologia 12 sessões ordinarias e 8 extraordinarias, 42 trabalhos apresentados. Sessão de Urologia 12 sessões ordinarias, 14 trabalhos apresentados. Obstetricia e Gynecologia 9 sessões ordinarias, 10 trabalhos apresentados. Secção conjunta, 4 sessões ordinarias, 4 trabalhos apresentados.

Houve, pois, para mais de uma centena de reuniões scientificas e foram apresentados quasi 200 trabalhos, o que constitue, sem duvida, consideravel contribuição ás letras medicas.

Vemos, assim, que as secções se mantiveram em actividade continua durante todo o anno. As reuniões contaram sempre frequencia numerosa e animados foram os debates de quasi todos os assumptos.

Varias notabilidades do paiz e do estrangeiro se fizeram ouvir na nossa sala de sessões, sobre assumptos de sua especialidade.

Cumpre-nos mencionar a iniciativa das Secções de Medicina, Cirurgia e Tisiologia, que reservaram um certo numero de suas sessões para o estudo de determinados themas de grande interesse clinico e dos quaes se incumbiram diversos especialistas. A primeira escolheu dois themas — "Enfarte do Myocardio" e "Hyperthyreoidismo", a segunda "Cirurgia gastrica" e a 3.^a tratou da "Influencia do Factor clima na cura da tuberculose pulmonar". Todos vós conheceis, de sobejo, o grande interesse que despertaram esses "certamens" no seio da nossa classe.

A Associação se fez representar, por membros do seu quadro social, no Primeiro Congresso Brasileiro do Cancer, no Congresso de Urologia e no Congresso Panamericano de Hygiene Mental, realizados no Rio de Janeiro; e no Congresso de Hydrologia e Climatologia, que teve logar nesta Capital.

Ao "Premio A. C. de Camargo" de 1935 concorreram tres trabalhos, de autores que, de accordo com o regulamento, se occultam sob pseudonyms. Como sabeis, recebeu a Associação a doação de um capital, cujos juros annuaes constituirão o premio ao melhor trabalho sobre cirurgia que a elle concorra. A esse premio foi dado o nome de "Premio A. C. de Camargo", como justa homenagem ao nosso venerando presidente. Pois bem, de accordo com o regulamento este premio deveria ser conferido hoje, nesta sessão solenne, ao trabalho classificado em primeiro logar. Entretanto, a commissão julgadora, nomeada em tempo opportuno por esta directoria, não pôde, até hoje, apresentar-nos o resultado do julgamento. A' nova directoria incumbe, pois, resolver este caso da melhor forma possivel, e marcar nova data para a solennidade da entrega daquelle premio.

Eis, Snrs. consocios, o que tem sido o movimento scientifico da nossa Associação.

Quanto ao movimento social, podemos dizer-vos que nada qua-

si ha a desejar. A nossa séde continua a impressionar favoravelmente a todos os visitantes, mas já estamos em tempo de realizar algumas reformas nas nossas installações e de procurar outro predio que nos offereça ainda melhores commodidades. A Directoria tratou deste assumpto em meados do anno, chegando mesmo a visitar alguns predios em condições de alorjar a nossa séde. Houve tambem propostas de reforma completa e substituição de peças do mobiliario. A' realização dos nossos desejos, oppunha-se, entretanto, um obstaculo sério: o contracto de locação desta parte do predio Martinelli, cuja rescisão importaria no pagamento da multa estipulada. Este contracto deve expirar no correr deste anno. A directoria estudou muito bem o caso e resolveu não acommetter as finanças da Associação, com o pagamento da pesada multa. Limitou-se, por isso, apenas ás modificações mais urgentes das nossas installações. A nova directoria, que logo se verá livre das peias contractuaes, se achará então bem á vontade para a mudança da nossa séde e installação do mobiliario adequado.

Durante o anno de 1935 entraram para o quadro da Associação 81 socios, retiraram-se 23 e falleceram 3. Actualmente contamos com 629 socios effectivos, 178 socios correspondentes, 2 honorarios e 1 remido.

Em principios de 1935 passou esta Associação pelo duro golpe do fallecimento do dr. Bento Theobaldo Ferraz, seu 1.^o secretario e presidente da secção de Cirurgia. Tão infausto acontecimento repercutiu dolorosamente no seio da nossa classe e na sociedade paulista, onde o extincto gozava da mais alta estima pelas suas qualidades profissionais e pelos dotes de coração e de caracter. A Associação realizou uma sessão funebre em homenagem ao caro companheiro desaparecido, e a sua directoria, como a da Secção de Cirurgia, tomaram parte em todas as honras que lhe foram prestadas. Morreu Thebaldo Fer-

raz! Mas o seu nome nunca será esquecido na nossa Associação e o seu espirito estará sempre entre nós, sempre entre seus companheiro da classe que elle soube dignificar e honrar.

Lemos Monteiro tambem morreu! Bem recente ainda, não é necessario recordar-se o martyrio desde nosso illustre consocio, sacrificado pela sciencia e pela humanidade. A sua perda é irreparavel: curvemo-nos ante a sua memoria! Pronunciemos, tambem, com respeito, o nome de seu companheiro de sacrificio: Edison Dias.

A morte nos privou tambem de mais um collega estimado: Carlos Leitão Filho, assistente da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina e 2.º secretario da nossa secção de Obstetricia e Gynecologia durante o anno de 1934. Honrada seja sempre a sua memoria.

Passemos adeante.

De accordo com a legislação estadual vigente, cada associação de classe, legalmente organizada, deve escolher, por eleição, e de accordo com dados estabelecidos por lei, um delegado-eleitor que a represente nas eleições de deputados classistas ao Congresso Estadual. Esta associação elegeu, para seu delegado-eleitor, em assembléa geral especialmente convocada, o nosso illustre collega dr. José de Almeida Camargo.

A nossa bibliotheca, como sabeis, não dispõe de verba para aquisição de obras que interessem á nossa actividade profissional e que são actualmente de custo elevado. Os volumes existentes são, em geral, donativos feitos pelos seus autores. Se, por esse lado é ella deficiente, o mesmo já não poderemos dizer quanto ás collecções de revistas. Obtidas por permutas da nossa Revista com as similares do paiz e do estrangeiro, ellas constituem já uma regular e satisfactoria collecção, constantemente consultada e aproveitada pelos nossos socios. A Associação dispõe dos serviços de uma funcionaria competente, occupada exclusivamente em col-

leccionar e catalogar as numerosas revistas medicas da sua bibliotheca.

Por louvavel iniciativa do nosso bibliothecario, as collecções de revistas foram, quasi todas, encadernadas em livros, e já se encontra, nesse estado, uma bella collecção de 80 volumes. Ha varias séries de revistas ainda não encadernadas, porque desfalcadas de fasciculos, num total de 122, em poder de diversos collegas, que ainda não os devolveram á bibliotheca, difficultando, assim, a utilissima iniciativa do nosso digno bibliothecario.

A Revista da Associação Paulista de Medicina continua a ser a obra impecavel que todos nós conhecemos. De sabida mensal, ella publicou, durante o anno de 1935, 44 trabalhos originaes todos elles apresentados ás nossas secções scientificas, Conta tambem importante secção referente aos resumos das actas das nossas reuniões. Desde 1934 dispõe ella dos serviços de um tachygrapho, que apanha os debates travados em torno dos trabalhos apresentados e que são, assim, transcriptos na nossa revista.

Esta directoria resolveu facilitar os meios necessarios á feitura mais perfeita da actas das sessões dos diferentes departamentos da Associação, de modo tal, que, publicadas na Revista, traduzam verdadeiramente a nossa intensa actividade scientifica. Para isso contractou mais um funcionario, da necessaria competencia, que, de posse dos resumos dos trabalhos, fornecidos pelos respectivos autores e dos dados sobre os debates, colhidos pelo tachygrapho, redige uma acta completa, dactylographada. Esta acta, depois de submettida á apreciação da mesa da secção, para os devidos repros, será colleccionada e, no fim de cada anno, encadernada em livro. E', sem duvida, uma optima medida posta em pratica por esta Directoria: desta maneira não haverá actas falhas, feitas á pressa ou irregularmente, e a nossa revista contará com farta documentação para divulgar o

consideravel movimento scientifico das nossas reuniões.

A directoria agradece á commissão de redacção os esforços despendidos para o desempenho de sua incumbencia, e especialmente ao dr. João von Sonnleitner, pela dedicacão e carinho que tem demonstrado na direcção da Revista. As nossas condições financeiras encontram-se em estado bem lisonjeiro. Apesar das despesas extraordinarias feitas durante o anno, em melhoramentos da nossa sede, não temos dividas, e o balanço annual, fechado em 30 de novembro, accusa um saldo em dinheiro, na importancia de 6:592\$300.

E' costume fechar-se o balanço da Associação no fim do mez de novembro. O saldo acima citado refere-se ao nosso movimento financeiro até aquella data. Mas dahi em diante, até hoje, novas rendas entraram para a thesouraria. Pagas já todas as despesas, entregamos á nova directoria a quantia de 7:192\$300, absolutamente livre, e que se acha depositada no Banco do Commercio e Industria de S. Paulo.

Cumpre-nos ainda mencionar o novo systema de fichario, introduzido pelo nosso digno 1.º thesoureiro, e que vem facilitar grandemente o servico da thesouraria.

Os Snres. interessados encontrarão na secretaria, á sua disposicão, o balanço annual referente ao mandato que hoje se extingue.

Eis, meus senhores, o que foi a Associação Paulista de Medicina, durante o tempo em que nos foi confiada a sua direcção. Procurámos, por todos os meios, corresponder á honrosa confiança em nós depositada, tudo fazendo para elevar, cada vez mais, o bom nome desta Associação.

Á nova directoria entregamos, pois, o leme da nave que, neste momento, navega, confiante e segura, por aguas calmas, em demanda dos seus destinos.

O Prof. Vampré vae assumir o commando: elle a conduzirá por boa róta.

Posse da Directoria de 1936.

— Depois do dr. Fernando Fonseca ter apresentado o relatório acima, foi empossada a nova Directoria, agradecendo nesse momento a sua eleição o prof. E. Vampré.

A Directoria, mesa das secções scientificas, commissões, etc., estão assim constituidas:

Directoria: presidente, Prof. Enjolas Vampré; vice-presidente, Dr. Jairo Ramos; 1.º secretario, Dr. J. E. de Paula Assis; 2.º secretario, Dr. Darcy Villela Itiberê; 1.º thesoureiro, Dr. Cassio M. Villaga; 2.º thesoureiro, Dr. J. A. Gomes de Mattos; bibliothecario, Dr. Claudio Erminio.

Commissões. — Commissão de Syndicancia: Dr. Oswaldo Comodo, Dr. Toledo Passos, Dr. Carlos S. Tiago e Dr. Cesario Mathias. Commissão de Finanças: Dr. René Barreto Filho, Dr. Antonio Eugenio Longo, Dr. Carlos Gama e Dr. H. Cerruti. Commissão de União e Defesa da Classe: Dr. Alberto Nupieri, Dr. Walter Leser, Dr. Antonio Rodrigues Neto e Dr. J. A. Mesquita Sampaio.

Mesas das Secções Scientificas. — Secção de Cirurgia: presidente, Dr. Zepherino do Amaral; 1.º secretario, Dr. Sebastião Hermeto Junior; 2.º secretario, Dr. Caio Montagnana. Secção de Pediatria: presidente, Dr. Vicente Baptista; 1.º secretario, Dr. Leme da Fonseca; 2.º secretario, Dr. Carlos Büller Souto. Secção de Oto-Rhino-Laryngologia: presidente, Prof. A. Paula Santos; 1.º secretario, Dr. Jayme Campos; 2.º secretario, Dr. Othoniel Bueno Galvão. Secção de Medicina: presidente, Dr. J. A. de Mesquita Sampaio; 1.º secretario, Dr. João Alves Meira; 2.º Secretario, Dr. Mathias O. Roxo Nobre. Secção de Tisiologia: presidente, Dr. A. Tisi Neto; 1.º secretario, Dr. J. B. Fleury de Oliveira; 2.º secretario, Dr. João Grieco. Secção de Urologia: presidente, Dr. Darcy Villela Itiberê; 1.º secretario, Dr. Honorio Dias Soares; 2.º secretario, Dr. Augusto B. Oliveira. Obstetricia e Gynecologia: pre-

sidente, Dr. Oliveira Pirajá; 1.º secretario, Dr. B. Borges Vieira; 2.º secretario, Dr. Caetano Carezato. Secção de Neuro-Psiquiatria: presidente, Dr. James Ferraz Alvim; 1.º secretario, Dr. Henrique San Mindlin; 2.º secretario, Dr. E. de Aguiar Whitaker. Secção de Dermatologia e Syphiligraphia: presidente, Prof. Aguiar Pupo; 1.º secretario, Dr. Vicente Grieco; 2.º secretario, Dr. Januario de Capua. Departamento de Cultura Geral: presidente, Prof. Raul

Briquet, 1.º secretario, Dr. Hilario Veiga de Carvalho; 2.º secretario, Dr. Armando Arruda Sampaio.

Redacção da Revista: Dr. J. N. v. Sonnlleithener; Dr. S. Hermeto Junior e Dr. J. M. Cabello Campos.

Directoria do Clube: Dr. Ary Siqueira, Dr. Mario Garcia e Dr. Humberto Cerruti.

Consultor juridico: Dr. Nicolau Marques Schmidt.

Febre Amarella

Surto epidemico na Alta Sorocabana. — O Serviço Sanitario do Estado fez a seguinte comunicação á imprensa, em fins de fevereiro ultimo:

Relativamente a certas noticias que estão sendo vehiculadas e referentes á existencia de febre amarella na Alta Sorocabana temos a declarar que, effectivamente, está se processando um surto epidemico de caracter muito suspeito, na zona rural de varios municipios daquella região, como Avaré, Piraju, Paraguassu, Santa Cruz do Rio Pardo, Palmital, Bernardino de Campos e outros.

De accôrdo com o que se vem verificando em outros Estados do Brasil e paizes da America do Sul, aquella doença vem revestindo um aspecto epidemiologico inteiramente novo, diverso daquelle a que nos habituaramos a ver antes.

Assim, de doença essencialmente urbana e vehiculada por um unico transmissor, o "*Aedes stegomyia aegypti*", assistimos hoje a uma incidencia que se faz sentir filiada ás zonas ruraes ou em pessoas que trabalham no mato e em cujo inquerito epidemiologico não se encontra, frequentemente, noticia de relações com outros casos proximos.

Tem-se, como provavel, até agora, de accôrdo com o estado actual dos conhecimentos scientificos sobre a molestia, a existencia da disseminação por meio de ani-

maes selvagens, reservatorios de virus, vehiculando-se aos homens por intermedio de vectores alados diversos do anteriormente conhecido, e que vivem na zona silvestre.

Dados os relativamente ainda poucos conhecimentos que possuímos sobre esse novo aspecto epidemiologico e a vastidão do problema, é principal dever das autoridades sanitarias proteger as populações urbanas ameaçadas, onde haja o "*stegomyia*", pela instituição de serviços de policia de focos, de maneira a resguardar as povoações quanto a uma possivel invasão e transmissão pelo hospedeiro classico.

Podemos garantir ás populações paulistas que o Serviço Sanitario, por intermedio do Serviço Especial de Defesa contra a Febre Amarella, coadjuvado pela Delegacia e Inspectoria de Saude de Botucatu, vem dando todas as providencias indicadas para circumscrever o mal aos campos, instituindo nas cidades serviços anti-larvarios, para o que tem contado com a collaboração efficiente das Prefeituras e das populações em geral, afim de ter os quintaes e as dependencias internas das casas isentas de receptaculos onde os mosquitos acham locais propicios para criadouros.

Ao mesmo tempo, a doença vem sendo investigada, no afan de se conhecer algo mais a seu respeito

e procurar combatel-a no proprio local onde geralmente vem surgindo, isto é, na zona rural.

Cumpra ainda accrescentar que, os casos da região onde actualmente se tem verificado o surto, se vêm dando em zonas onde é endemico e impaludismo, agora em sua época de recrudescencia, sendo possível, que muitos delles se filiem antes a esta ultima doença, circumstancia essa já verificada em condições semelhantes, tanto no Estado como fóra delle.

O mal não se restringe ao Estado de São Paulo. Já vêm sendo notados surtos epidemicos em varios pontos do Brasil e da America do Sul, e, no momento Minas Geraes, Mato Grosso, Paraná, estão igualmente a braços com epidemias do mesmo caracter, notando-se o progresso do virus para o sul.

Na defesa das populações contra a disseminação do mesmo, muito espera o Serviço Sanitário da colaboração do povo, facilitando as visitas periodicas dos guardas ás dependencias internas

e externas dos domicilios, acautando as medidas tomadas e não deixando que depositos de agua fiquem accessiveis aos mosquitos, que ahi achariam ponto propicio ao seu desenvolvimento.

A limpeza dos quintaes, destituindo-os de cacos de garrafa, latas velhas, etc., muito faz para a eliminação de taes focos potenciaes, assim como o esvaziamento completo semanal dos recipientes, que forem absolutamente necessarios, onde existe agua, a protecção dos reservatorios por meio de telas ou o uso nas cisternas de peixes conhecidos por suas propriedades laryophagas.

Essas as medidas sanitarias para cujo maior desenvolvimento não se prescinde, como é de ver, do concurso do publico.

Medicos e guardas sanitarios encarregados de instalar e prover os serviços anti-larvarios e de investigação, nas zonas em foco, já têm sido para lá enviados, com o material necessario, tendo sido tomadas todas as providencias de ordem technica de mistér".

Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas

Posse da nova directoria. — Realizou-se no dia 14 de Janeiro, a sessão solenne em que foi empossada a nova directoria da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, eleita para o exercicio de 1936 e que está assim constituida: presidente, Tarboux Quintella; vi-

ce-presidente, Anisio Ferreira; secretario geral, Shmidt Junior; 1.º secretario, Tercio Sampaio Ferraz; 2.º secretario, Nestor Machado; 1.º thesoureiro, Luiz Stamatidis; 2.º thesoureiro, Salvador Caruso; bibliothecario, Nicolino Raimo.

Centro Academico "Oswaldo Cruz"

Posse da nova directoria. — Presidida pelo prof. J. Aguiar Pupo, realizou-se no dia 15 de fevereiro a sessão solenne para dar posse á nova directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz", que está assim constituida: presidente, Pedro Badra; vice-presidente, Roberto Brandi; 1.º secretario, Bernardino Tranches; 2.º secretario, José Augusto Arruda Botelho; 1.º thesoureiro, Joaquim Clemente de A. Moura; 2.º thesoureiro, João Procopio Fortes; 1.º orador, Flavio de Arruda Macedo; 2.º orador, Orlando de Campos.

Após a cerimonia, os presentes visitaram a séde do Centro, onde lhes foi servida uma mesa de doces.

Santa Casa de Misericórdia

Nomeações de médicos. — Pela mesa administrativa da Santa Casa de Misericórdia foram nomeados médicos adjuntos do

Hospital Central, os drs.: Durval Prado, Marcello de Lacerda Soares e Paulo de Almeida Toledo.

X Conferencia Internacional contra a Tuberculose

A 10.^a Conferencia Internacional contra a Tuberculose realisar-se-á em Lisboa de 7 a 11 de Setembro do corrente anno.

Como as anteriores, esta reunião é promovida pela União Internacional contra a Tuberculose, da qual fazem parte 43 paizes.

Constituirão themas da Conferencia tres questões de alto interesse, propostas pela commissão executiva.

1.^o Thema biologico — Aspectos radiologicos do hilo pulmonar e sua interpretação. Relator geral, o dr. Lopo de Carvalho, professor na Faculdade de Medicina de Lisboa e tisiologo de renome.

2.^o Thema clinico — Primo-infecção tuberculosa do adolescente e do adulto. Relator geral, dr. Olavo Scheél, de Oslo.

3.^o Questão social. — Prophylaxia da tuberculose em domicilio. Relator, dr. Charles Hatfield, dos Estados Unidos e A. Prowell, da Inglaterra.

Foram nomeados co-relatores os seguintes especialistas: Questão biologica — Klein-Schmidt (Alle-

manha), Hofbauer (Austria), Louis Sayé (Hespanha), professor Emile Sergent, drs. Delherim e Cottenot (França), Aristide Busi (Italia), Zawadowski (Polonia), Hofmann (Tcheque-Slovania), Munro (Inglaterra) e Sweany (Estados Unidos).

Questão clinica — dr. Redeker (Allemanha), dr. Robert Plunkett (Estados Unidos), dr. Troisier (França), dr. Burrell (Inglaterra), dr. Micheli (Italia), dr. Nasta (Rumania), dr. Ernberg (Suecia), dr. Geza Gali (Hungria).

Questão social — dr. Braeuning (Allemanha), dr. Willens (Belgica), drs. Braun e Albert Bezançon (França), prof. Giachino Breccia (Italia), dr. Heilmann (Noruega), dr. Morun (Suissa), dr. Savoneu (Finlandia), dr. Gerbrandy (Hollanda), dr. Ladislau Patricio (Portugal), dra. Jamina Mesiewicz (Polonia).

O professor Lopo de Carvalho organisou o programma preliminar da Conferencia, que comprehende as ordens do dia dos trabalhos scientificos, festas, recepções e excursões.

Educação Sexual

Premio José de Albuquerque — O premio José de Albuquerque, instituido pelo Circulo Brasileiro de E. Sexual, constante de ... 1:000\$ (um conto de réis) em dinheiro, será conferido a 20 de Julho de cada anno ao melhor trabalho inedito, de autor brasileiro ou estrangeiro, sobre educação sexual, escripto em idioma nacional, e que se inscreva a concurso obedecendo as seguintes con-

dições: a) Os trabalhos devem ser dactylographados em paginas de papel tamanho officio, guardando as linhas espaço 2, não podendo o numero de paginas ser inferior a 50 nem superior a 60. b) Os trabalhos devem ser assignados com pseudonymo estando o nome do autor em envelope lacrado. c) Os trabalhos não premiados serão devolvidos, mantido o sigillo do anonymato. d) As

inscripções devem ser feitas na secretaria do Circulo Brasileiro de Educação Sexual, até ás 18 horas de 20 de Maio de 1936, devendo o julgamento do concurso ser feito dentro do prazo de um mez decorrido da data de encerramento da inscripção. e) A comissão julgadora será composta de tres membros, todos technicos de notoria competencia no assumpto, sendo que o Presidente da referida comissão deve ser o Presidente do C. B. E. S.. f) O autor premiado perderá os direitos autoraes da 1.ª edição que passarão a pertencer ao Circulo Brasileiro de Educação Sexual que se obriga a mandar imprimir dentro do prazo de seis mezes ás suas expensas, uma edição que será de dois mil exemplares, destinando-se 50 ao autor para offertas; 1.500 para serem distribuidos pelo C. B. E. S., a todos

os jornaes e revistas brasileiras que constituem a sua rede jornalística; 50 para serem distribuidos ás Bibliothecas publicas dos diversos estados da União; e 400 para serem offerecidos como brinde aos primeiros quatrocentos assignantes do "Boletim de E. Sexual", que tomarem ou renovarrem suas assignaturas, a partir da data da impressão. g) Exgotada a primeira edição o autor terá direito de fazer editar novas edições, por conta propria ou transferir seus direitos autoraes a terceiros, obrigando-se em qualquer das hypotheses a declarar pessoalmente na capa o frontispicio: "PREMIO JOSÉ DE ALBUQUERQUE 1936". h) A directoria do C. B. E. S. tem poderes para deliberar sobre quaesquer assumptos relacionados ao concurso e que escaparam ás previsões dessas normas basicas.

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO: Cada empóla de CINNOZYL contém a solução seguinte esterilizada:

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora.....	0 gr. 125
Azeite purificado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES.— O methodo deve ser applicado o mais cedo possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por etapas e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do terreno contra a impregnação bacillar) a dose quotidiana sufficiente e activa de Cinnozyl é de 5 c. c. (uma empóla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculosas bacteriologicamente confirmadas) *dobrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a 10 c. c., ou 2 empólas.*

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empólas de 5 c. c.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharmac. de 1^{re} cl. Fornecedor dos Hospitais, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

PRODUCTOS "SILBE"

(DR. ERNEST SILTEN. - BERLIN NW7)

Leukotropin "Silbe" amps. de 5 e de 10 cc.

Actua contra a dor *mais rapidamente que a morfina*, sem as desvantagens desta, bastando poucas injeções para fazer regredir os processos inflammatorios e infecciosos.

As mais importantes indicações: Doenças rheumaticas, sinusites, eczema, encephalite lethargica etc.

Chinolysin "Silbe"

Preparado de quinina de concentração elevada, *indolor* pela addição de antipirina.

Indicações: pneumonia lobar, malaria, herpes zoster, tachicardia paroxistica, paresia intestinal post operatoria, inercia uterina, abortos febris.

Cx. com amps. de 2 cc.

Gluconato de Calcio a 20 % "Silbe"

De uso endovenoso e intramuscular, absolutamente indolor. Da-se preferencia á injeção intramuscular com a qual o nivel calcareo do sangue conserva-se muitas horas seguidas.

Indicações: Inflamações no tracto respiratorio, gastro-intestinal, e uro-genital, dermatites, hemorragias, estados allergicos etc.

Caixas com 5 amps. de 5 cc.

REMEDIA

Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.

CAIXA POSTAL, 3127 - TELEPHONE, 2-8004
SÃO PAULO

